

Engagement Individuel de Pension (EIP)
pour un dirigeant d'entreprise indépendant
Agenia Business EIP

&

Pension Libre Complémentaire
pour Indépendants (PLCI)
Agenia Business PLCI

Table des matières

1	DEFINITIONS.....	4
2	FONCTIONNEMENT DU CONTRAT.....	4
2.1	Introduction.....	4
2.2	Principes de fonctionnement.....	5
2.3	Flux entrants (attributions aux réserves du compte d'assurance).....	5
2.4	Modes de placement	6
2.5	Flux sortants (soustractions aux réserves du compte d'assurance).....	6
2.6	Gestion différenciée et contrats conjoints	8
2.7	Tarifs, chargements, frais, taxes et impôts.....	9
2.8	Conversion de montants monétaires en unités et inversement.....	9
2.9	Avance	11
3	COUVERTURES	11
3.1	Constitution d'un capital-pension	11
3.2	Capital-décès	11
3.3	Couvertures en cas d'incapacité de travail.....	13
3.4	Dispositions générales concernant les couvertures de risque.....	19
4	FONCTIONNEMENT DE L'ENGAGEMENT INDIVIDUEL DE PENSION ('CONTRAT EIP').....	20
4.1	Introduction.....	20
4.2	Entrée en vigueur / affiliation / date terme (prévue) / âge de retraite.....	20
4.3	Contrat EIP / droits acquis	21
4.4	Bénéficiaires.....	21
4.5	Paiement des primes.....	22
4.6	Flux d'informations.....	22
4.7	Financement d'opérations immobilières	23
4.8	Versement en rente.....	23
4.9	Départ de l'affilié.....	24
4.10	Modification et cessation ou abrogation du contrat EIP / non- paiement des primes / impact sur les couvertures de risque	24
4.11	Rachat des réserves.....	25
4.12	Provision de pension interne transférée.....	26
4.13	Réserves transférées.....	26
4.14	Législation applicable et dispositions fiscales	26
4.15	Bonne foi et équité	27
5	FONCTIONNEMENT DES CONTRATS TRANSFERES ET NON-TRANSFERES	28
5.1	Contexte.....	28
5.2	Contrat transféré	28
5.3	Contrat non-transféré	29
5.4	Transfert vers un autre organisme de pension.....	30
5.5	Versement de la valeur de rachat à l'affilié ou à un tiers	30
5.6	Financement d'opérations immobilières	31
5.7	Versement en rente.....	31
5.8	Certificat personnel et fiche de pension annuelle ('relevé des droits à retraite').....	31

5.9	Législation applicable et dispositions fiscales	31
6	FONCTIONNEMENT DE LA PENSION LIBRE COMPLEMENTAIRE POUR LES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS ('CONTRAT PLCI')	32
6.1	Contexte.....	32
6.2	Entrée en vigueur / paiement des primes / date terme (prévue) / âge de retraite.....	32
6.3	Droits de l'affilié	33
6.4	Acceptation de la désignation bénéficiaire	34
6.5	Non-paiement ou cessation du paiement des primes.....	34
6.6	Liquidation en rente viagère	34
6.7	Certificat personnel et fiche de pension annuelle ('relevé des droits à retraite').....	35
6.8	Législation applicable et dispositions fiscales	35
7	DISPOSITIONS DIVERSES	35
7.1	Nature juridique des couvertures	35
7.2	Remise en vigueur	35
7.3	Versements	36
7.4	Correspondance et preuve.....	36
7.5	Communications par le preneur d'assurance, l'affilié et le bénéficiaire / données émanant d'administrations publiques	36
7.6	Modification des Conditions générales.....	37
7.7	Clauses illicites	37
7.8	Protection des données à caractère personnel	37
7.9	Plaintes et litiges	38
7.10	Avertissement	38

1 DEFINITIONS

Dans les présentes Conditions générales et dans les autres documents de police, les expressions suivantes ont la signification donnée ci-après, sauf lorsque le contexte induit un sens différent.

Assureur

ACM Belgium Life SA, Boulevard du Roi Albert II, 2 à 1000 Bruxelles, entreprise d'assurance agréée sous le n° BNB 0956 - IBAN BE31 9540 1981 8155 BIC CTBKBEBX - TVA BE 0403.217.320 RPM Bruxelles - Tél. 02/789.42.00 – Fax 02/789.42.01 – www.acm.be

Preneur d'assurance

Le preneur d'assurance est la personne physique ou la personne morale qui conclut le(s) contrat(s) d'assurance (également appelé(s) 'contrat(s)' ci-après) avec l'assureur.

Affilié

L'affilié est la personne physique sur la tête de laquelle les couvertures prévues dans le(es) contrat(s) (d'assurance) sont conclues. L'affilié est donc 'la tête assurée' de toutes les couvertures. Si le preneur d'assurance et l'affilié (voir ci-dessus) sont la même personne, il est également renvoyé au preneur d'assurance sous la dénomination 'd'affilié'.

Bénéficiaire

Le bénéficiaire est la personne à qui reviennent les prestations d'assurance. En ce qui concerne la couverture du capital-décès (voir 3.2), il peut y avoir plusieurs bénéficiaires.

Couvertures de risque

Les couvertures de risque comprennent la 'couverture décès supplémentaire' (voir 3.2.2) et les couvertures en cas d'incapacité de travail (voir 3.3).

Certificat personnel

Le Certificat personnel est le document par lequel l'assureur confirme la conclusion ou la modification du/des contrat(s) et qui reprend les éléments spécifiques du/des contrat(s) (identification du preneur d'assurance, de l'affilié et des bénéficiaires, montants de primes, couvertures, montants assurés, etc.).

Le Certificat personnel reprend éventuellement aussi une projection indicative relative au déroulement futur attendu du ou des contrats. Cette projection se fonde sur un certain nombre d'hypothèses que l'assureur ne garantit toutefois pas (taux d'intérêt futurs, pourcentages futurs de participation bénéficiaire, évolution future de la valeur des fonds d'investissement en branche 23, paiement ponctuel des primes aux échéances fixées, structure des tarifs et des chargements inchangés, etc.) et n'a ainsi qu'une valeur purement indicative. L'assureur délivre également sur demande un 'extrait de contrat' qui donne un aperçu actualisé des éléments spécifiques du contrat.

Autorités de contrôle

Les autorités de contrôle sont les institutions qui assurent la surveillance de l'assureur. Ce contrôle s'effectue par deux institutions autonomes, à savoir la Banque nationale de Belgique (BNB) et l'Autorité des services et marchés financiers (FSMA), qui ont chacune leurs propres domaines de compétences en matière de contrôle.

Banque nationale de Belgique (BNB)
Boulevard de Berlaimont 14
1000 Bruxelles
www.nbb.be

Autorité des services et marchés financiers (FSMA)
Rue du Congrès 12-14
1000 Bruxelles
www.fsma.be

2 FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

2.1 Introduction

Le point 2 passe en revue quelques principes de fonctionnement généraux du contrat (d'assurance), dont certains aspects d'ordre plus technique sont développés dans le 'dossier technique' que l'assureur a déposé auprès des autorités de contrôle. Toute personne intéressée peut consulter ce dossier technique chez l'assureur.

2.2 Principes de fonctionnement

2.2.1 Compte d'assurance (en vue de la constitution du 'capital-pension')

Chaque contrat comprend un compte d'assurance. Les versements (flux entrants – voir 2.3) et les retraits (flux sortants – voir 2.5) y sont comptabilisés.

Les flux entrants (voir 2.3) sur le compte d'assurance sont investis dans un ou plusieurs modes de placement (voir 2.4) mentionnés dans le Certificat personnel.

Les avoirs constitués sur le compte d'assurance sont également appelés réserves, réserves de pension ou avoirs sur compte.

Si l'affilié est encore en vie à la 'date terme' du contrat, qui est en principe la date de sa mise à la retraite (anticipée ou non) (voir 4.2, 5.2, 5.3.1 et 6.2), l'assureur lui verse les avoirs constitués sur le compte d'assurance à titre de 'capital-pension' (voir 2.5.2.4 et 3.1).

2.2.2 Couvertures de risque en cas de décès et d'incapacité de travail

Outre le compte d'assurance visant à constituer le capital-pension (voir 2.2.1), un contrat peut également intégrer des couvertures de risque. Les couvertures de risque peuvent prévoir des prestations en cas de décès (voir 3.2) et/ou en cas d'incapacité de travail (voir 3.3).

- Les primes de risque nécessaires au financement de la 'couverture décès supplémentaire' (voir 3.2.2) sont soustraites des réserves du compte d'assurance (voyez aussi 2.5.1).
- Les primes de risque nécessaires au financement des couvertures en cas d'incapacité de travail (voir 3.3) font l'objet d'une retenue directe sur les primes payées.

Le Certificat personnel renseigne les couvertures de risque qui ont effectivement été souscrites. Les couvertures de risque qui ne sont pas renseignées dans le Certificat personnel ne sont donc pas assurées, même si les présentes Conditions générales les décrivent.

2.3 Flux entrants (attributions aux réserves du compte d'assurance)

2.3.1 Primes

Après retenue d'éventuels chargements, taxes, impôts et primes de risque pour les couvertures en cas d'incapacité de travail (voir 3.3), la prime restante est attribuée au compte d'assurance concerné.

Dans le cadre de la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail' (voir 3.3.4.4), il se peut également que l'assureur prenne lui-même en charge le paiement des primes lorsque l'affilié se trouve en état d'incapacité de travail (sauf si le contexte induit un sens différent, cette attribution n'est cependant pas visée par le terme de 'primes' dans les différents documents de police).

2.3.2 Participation bénéficiaire

L'assureur peut accorder une participation bénéficiaire aux réserves investies dans un mode de placement avec participation bénéficiaire, et ce selon le plan de participation aux bénéfices soumis par l'assureur aux autorités de contrôle. Le pourcentage de la participation bénéficiaire est variable d'année en année et n'est pas garanti à l'avance. L'assureur peut aussi annuellement adapter la méthode et les conditions d'octroi de la participation bénéficiaire. La participation bénéficiaire est, après imputation d'éventuels impôts et taxes, octroyée sous la forme d'une augmentation de la réserve du compte d'assurance concerné.

Pour plus d'informations sur la participation bénéficiaire, il est renvoyé à la fiche / aux fiches de mode de placement concernée(s) jointe(s) au Certificat personnel.

2.3.3 Transferts de réserves

Un compte d'assurance peut être alimenté par un transfert de réserves provenant d'un autre compte d'assurance, d'une autre compagnie d'assurances ou d'un autre organisme de pension. A l'instar des primes (voir 2.3.1), de tels transferts de réserves peuvent aussi s'accompagner de retenues d'éventuels chargements (sauf si la loi s'y oppose) et taxes et impôts.

2.4 Modes de placement

2.4.1 Types de modes de placement

Les modes de placement dans lesquels les flux entrants (voir 2.3) sont investis ('règles de placement'), sont renseignés dans le Certificat personnel. Il y a des modes de placement où l'assureur accorde un intérêt (branche 21) et des modes de placement où le rendement est lié à l'évolution de la valeur d'un fonds d'investissement (branche 23). En ce qui concerne les modes de placement de la branche 23, le risque d'investissement est intégralement supporté par le preneur d'assurance et/ou l'affilié. Pour plus d'informations sur le fonctionnement des modes de placement applicables, il est renvoyé aux fiches de mode de placement jointes au Certificat personnel et, en ce qui concerne les modes de placement de la branche 23 (voir 2.4.2), aussi aux règlements de gestion.

Il se peut que certains modes de placement ne soient pas accessibles pour certains types de contrats.

Les caractéristiques et les objectifs des fonds de la branche 23 dans lesquels l'assureur investit, la durée, la classe de risque dont relèvent les fonds, les règles visant à déterminer la valeur d'inventaire, ainsi que les frais qui sont imputés pour ces fonds, sont fixés dans les règlements de gestion de ces fonds, qui peuvent être adaptés selon les modalités précisées dans ces règlements de gestion.

2.4.2 Changement de règles de placement et de modes de placement

Sans préjudice des restrictions qui peuvent découler, entre autres, des Conditions générales, du Certificat personnel, des règlements de gestion et fiches de mode de placement, ainsi que d'autres dispositions contractuelles, l'affilié peut modifier en cours de contrat les modes de placement d'attributions futures aux réserves de pension (changement de règles de placement) et/ou de réserves de pension déjà constituées (changement de mode de placement).

Dans le cadre d'un changement de mode de placement (également appelé 'switch' ou 'arbitrage'), les réserves de pension investies dans un mode de placement déterminé sont, après retenue d'éventuels chargements de changement (voir 2.7.2.2) et taxes et impôts, totalement ou partiellement liquidées (flux sortant) et le montant qui en résulte est réinvesti au sein du même compte d'assurance mais dans un ou plusieurs autres modes de placement (flux entrant).

Une demande de changement de règles de placement est introduite par le document 'demande de modification'. Une demande de changement de mode de placement est introduite par le document 'demande de switch'. L'assureur met ces documents à disposition sur simple demande. Un changement de règles de placement ou de mode de placement n'est effectif que lorsque l'assureur a confirmé l'opération concernée.

Un changement de règles de placement et/ou un changement de mode de placement peu(ven)t également intervenir :

- dans le cadre du mécanisme de la 'limitation de risque dynamique' : ce mécanisme entraîne un changement automatique de mode de placement lorsque des fonds d'investissement de la branche 23 (voir 2.4.1) enregistrent une dépréciation à raison d'un pourcentage déterminé (ce mécanisme de 'limitation de risque dynamique' est optionnel et ne s'applique que si le Certificat personnel, qui en décrit les modalités, en fait expressément mention);
- en cas de liquidation d'un fonds d'investissement de la branche 23 (voir 2.4.1), dans les circonstances et selon les modalités précisées dans les règlements de gestion concernés;
- à l'initiative de l'assureur ou, dans le cadre d'un contrat EIP ou d'un contrat non-transféré (voir 4 et 5.3), à l'initiative du preneur d'assurance, pour des raisons fondées, notamment si la législation imposait des garanties de rendement (minimal) sur les réserves à charge de l'assureur et/ou du preneur d'assurance ou si la législation augmentait les garanties de rendement (minimal) existantes (dans ce cas, l'assureur et/ou, dans le cadre d'un contrat EIP ou d'un contrat non-transféré (voir 4 et 5.3), le preneur d'assurance peu(ven)t aussi restreindre ou même interdire l'accès à certains modes de placement concernant les flux entrants futurs).

2.5 Flux sortants (soustractions aux réserves du compte d'assurance)

2.5.1 Primes de risque, chargements taxes et impôts

L'assureur soustrait les primes de risque (et les chargements et éventuels impôts et taxes y afférents) pour la 'couverture décès supplémentaire' (voir 3.2.2) des réserves du contrat concerné, selon les modalités fixées dans le dossier technique (voir 2.1). En cas de contrats conjoints (voir 2.6.2), la soustraction des primes de risque s'opère, sous réserve d'éventuelles restrictions ou obligations fiscales, juridiques et autres, dans la séquence indiquée dans le dossier technique (voir 2.1), sur les réserves des différents contrats conjoints.

Les primes de risque à soustraire sont les primes requises pour assurer la 'couverture décès supplémentaire' précitée pour une période de chaque fois un mois.

2.5.2 Liquidation de réserves

2.5.2.1. *Résiliation*

Dans les limites qui peuvent découler de la législation applicable et des dispositions contractuelles et sauf en ce qui concerne les contrats non-transférés (voir 5.3), le preneur d'assurance peut résilier le contrat par lettre recommandée, adressée à l'assureur (voir aussi 2.8.3) :

- soit dans les 30 jours à compter de la date d'entrée en vigueur du contrat, telle que renseignée dans le Certificat personnel;
- soit, si la demande de souscription indique que le contrat a été conclu pour garantir ou reconstituer un crédit sollicité par le preneur d'assurance, dans les 30 jours à compter de la date à laquelle il apprend que le crédit sollicité ne lui est pas accordé.

En cas de résiliation, le contrat concerné prend fin et donc aussi toutes les couvertures qui y étaient prévues. L'assureur rembourse au preneur d'assurance les réserves du compte d'assurance concerné (voir cependant 4.11.3 en ce qui concerne le contrat EIP et 5.4 en ce qui concerne le contrat transféré). Ces réserves sont majorées des chargements d'entrée imputés et de la partie non consommée des primes de risque pour la 'couverture décès supplémentaire' (voir 3.2.2) et pour les couvertures en cas d'incapacité de travail (voir 3.3), mais après imputation d'éventuelles retenues légales et autres sommes qui seraient encore dues à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste) et, dans la première hypothèse susvisée de résiliation, après imputation des frais d'exams médicaux (voir aussi 2.7.2.3).

2.5.2.2. *Rachat*

La personne qui y est habilitée (voir 4.11, 5.4, 5.5 et 6.3) peut, dans les limites qui peuvent découler de la législation applicable et des dispositions contractuelles, opérer le rachat des réserves sous forme de :

- versement de la valeur de rachat;
- transfert des réserves vers un autre compte d'assurance ou vers une autre compagnie d'assurance ou un autre organisme de pension.

Le rachat partiel d'un contrat n'est pas autorisé, sauf dans certaines circonstances exceptionnelles, notamment lorsque l'assureur (dans le cadre de l'octroi d'une avance ou d'un prêt), ou un organisme de crédit (dans le cadre de la mise en gage du contrat ou de son affectation à la reconstitution d'un emprunt hypothécaire), serait habilité à procéder au rachat (partiel). Hormis ces cas de figure particuliers, seul le rachat total du contrat peut être demandé.

Le rachat est initié par une 'demande de rachat' datée et signée que l'assureur met à disposition sur simple demande. Cette demande de rachat donne un aperçu détaillé au départ du montant de la valeur de rachat brute (ou d'une estimation de celui-ci) et de toutes les retenues, menant ainsi au montant de la valeur de rachat nette (ou une estimation de celui-ci) à verser. La demande de rachat décrit la suite de la procédure de rachat et mentionne les données et les documents dont l'assureur a besoin afin de pouvoir procéder au versement effectif de la valeur de rachat nette. Dès réception par l'assureur de la demande de rachat dûment complétée (y compris les données et documents sollicités), qui tient également lieu de quittance, le rachat est opéré. Le rachat sous forme de transfert de réserves (voir ci-dessus) est initié par une 'demande de transfert de réserves' datée et signée que l'assureur met à disposition sur simple demande et qui décrit la procédure de transfert à suivre.

En cas de rachat total, le(s) contrat(s) et toutes les couvertures y afférentes prennent fin.

En cas de rachat, les éventuel(le)s retenues légales, chargements, indemnité de rachat et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste) sont imputé(e)s et directement retenu(e)s des réserves à verser ou à transférer. Sauf disposition impérative contraire, l'indemnité de rachat est, par contrat et donc par compte d'assurance distinct – conjoint ou non (voir 2.6.2) – égale au maximum de :

- 75,00 euros (ce montant est indexé selon l'indice santé des prix à la consommation (base 1988 = 100); l'indice pris en compte est celui du deuxième mois du trimestre qui précède la date du rachat; le montant précité de l'indemnité de rachat est le montant tel qu'il figure dans l'actuelle législation des assurances: si le législateur devait adapter ce montant, de manière contraignante ou non, à la hausse ou à la baisse, le nouveau montant sera appliqué à partir de ce moment)

et

- le minimum de

- 5% du montant des réserves brutes rachetées
- et
- 1% du montant des réserves brutes rachetées, multiplié par la durée, exprimée en années, restant à courir du contrat concerné jusqu'à la 'date terme prévue', telle qu'indiquée dans le Certificat personnel.

2.5.2.3. Décès

En cas de décès de l'affilié, tous les contrats et toutes les couvertures prennent fin. Les réserves sont, après imputation d'éventuel(le)s retenues légales, chargements et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), versées au(x) bénéficiaire(s) de la couverture 'capital-décès' (voir 3.2).

2.5.2.4. Liquidation du capital-pension

A la 'date terme', telle qu'indiquée dans le Certificat personnel, qui correspond en principe à la date de la mise à la retraite (anticipée ou non) de l'affilié (voir 4.2, 5.2, 5.3.1 et 6.2), tous les contrats et toutes les couvertures y afférentes prennent fin. Si l'affilié est encore en vie à ladite 'date terme', les réserves lui sont, après imputation d'éventuel(le)s retenues légales, chargements et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), versées à titre de 'capital-pension' (voir 3.1).

2.6 Gestion différenciée et contrats conjoints

2.6.1 Gestion différenciée

Afin d'assurer une gestion correcte sur le plan fiscal, juridique et administratif, les réserves au sein de chaque compte d'assurance sont gérées séparément en fonction, entre autres, de leur source de financement, leur affectation et leur mode de placement.

Il est également fait une distinction entre les réserves bloquées et les réserves libres. Les réserves bloquées sont des réserves qui ne peuvent être libérées que moyennant l'accord de l'assureur ou moyennant l'accord d'un tiers. Ceci peut se produire en cas d'octroi d'une avance (blocage au profit de l'assureur – voir aussi 2.9) ou de mise en gage du contrat ou d'affectation de celui-ci à la reconstitution d'un emprunt hypothécaire (blocage au profit du créancier gagiste). L'assureur peut, le cas échéant, refuser une soustraction de primes de risque des réserves bloquées afin de maintenir lesdites réserves bloquées. Il peut en découler une diminution ou cessation prématurée de la 'couverture décès supplémentaire' (voir aussi 4.7, 5.6 et 6.3). Les réserves libres sont toutes les réserves qui ne sont pas bloquées.

2.6.2 Contrats conjoints

Sans préjudice des règles concernant la gestion différenciée (voir 2.6.1), plusieurs contrats peuvent, à la demande du/des preneur(s) d'assurance, et moyennant l'accord de l'affilié et de l'assureur, être 'conjoints'. La jonction résulte du fait que les contrats concernés figurent sur le même Certificat personnel. La jonction implique que les contrats concernés, bien qu'ils restent distincts d'un point de vue juridique et fiscal, sont considérés comme un ensemble sur le plan de la technique d'assurance. Les caractéristiques principales des contrats conjoints sont les suivantes :

- la 'couverture décès supplémentaire' (voir 3.2.2) est calculée par rapport au montant total des réserves des différents comptes d'assurance des contrats conjoints;
- les primes de risque à soustraire pour la 'couverture décès supplémentaire' (voir 3.2.2) sont soustraites des réserves des différents comptes d'assurance des contrats conjoints dans la séquence indiquée dans le dossier technique (voir 2.1);
- tout reporting et toute communication peut prendre en compte l'ensemble des contrats conjoints sous-jacents.

Le fait que des contrats soient conjoints comme indiqué ci-dessus, n'implique pas que ces contrats soient également conjoints au sens de la législation des assurances, sauf si cette législation impose la jonction. Inversement, si la législation des assurances impose la jonction, cela n'implique pas nécessairement que ces contrats soient également conjoints comme décrit ci-dessus.

2.7 Tarifs, chargements, frais, taxes et impôts

2.7.1 Primes de risque

Sans préjudice de l'éventuelle application de surprimes pour des risques aggravés, les tarifs utilisés pour le calcul des primes de risque en vue d'assurer les couvertures de risque sont ceux que l'assureur a déposés auprès des autorités de contrôle (voir aussi 2.1).

Outre les adaptations de primes individuelles dans le cadre d'une modification de la profession de l'affilié (voir 3.3.10), l'assureur peut cependant, pour des raisons fondées, de manière raisonnable et proportionnée, dans le respect des éventuelles restrictions impératives en la matière, moyennant avis préalable au preneur d'assurance et uniquement pour l'avenir, relever les tarifs pour le calcul des primes de risque à tout moment en cours de contrat dans le cadre d'une révision générale pour la catégorie d'assurances dont relève le contrat, ainsi :

- si l'assureur y est obligé en vertu de dispositions légales, fiscales ou réglementaires;
- si une quelconque modification de la législation, une quelconque intervention des autorités de contrôle, une quelconque jurisprudence, etc. étendait de manière significative la portée de la couverture ou les obligations de l'assureur ou augmentait de manière significative le coût de gestion pour l'assureur;
- si l'assureur constate une dégradation des résultats techniques du produit d'assurance suite à un accroissement sensible du degré de risque de l'événement assuré concerné au sein de la population, de la population du marché de l'assurance belge ou de son propre portefeuille (ou un segment de celui-ci);

2.7.2 Chargements, frais, taxes et impôts

2.7.2.1. *Chargements standard*

Outre les éventuels chargements d'entrée, l'assureur impute également des éventuels chargements pour la gestion des contrats et, le cas échéant, pour rémunérer l'intermédiaire. L'assureur ne peut modifier ces chargements en cours de contrat que dans la mesure où il s'agit d'une indexation selon l'indice santé des prix à la consommation de montants forfaitaires intégrés dans le tarif.

Les chargements appliqués apparaissent dans la fiche de tarif. Les règlements de gestion renseignent les frais qui sont imputés pour les fonds en branche 23 dans lesquels l'assureur investit (voir 2.4.1).

2.7.2.2. *Chargements particuliers*

L'assureur peut, en sus des chargements standards, aussi porter en compte des dépenses particulières occasionnées par le preneur d'assurance, l'affilié ou le(s) bénéficiaire(s). Ces chargements sont mentionnés dans la 'fiche de tarif'.

2.7.2.3. *Frais d'examens médicaux*

L'assureur peut réclamer du (candidat-)preneur d'assurance le remboursement des frais d'examens médicaux si ce dernier ne conclut pas le contrat ou le résilie dans la première hypothèse de résiliation visée au point 2.5.2.1 ci-avant, à savoir dans les 30 jours à compter de la date d'entrée en vigueur du contrat.

2.7.2.4. *Taxes, impôts, cotisations et charges*

L'assureur peut mettre à charge du preneur d'assurance, de l'affilié ou des bénéficiaires tous impôts et taxes, cotisations et autres charges légales qui peuvent grever les primes, les transferts de réserves, les réserves, les valeurs représentatives des réserves, les revenus des placements ou tout versement.

2.8 Conversion de montants monétaires en unités et inversement

2.8.1 Technique d'assurance basée sur la gestion en unités

Pour chaque contrat, l'assureur ouvre un compte d'assurance. Dès le premier paiement de prime, des réserves y sont constituées (voir 2.2.1). Les réserves y sont exprimées en nombre d'unités, qui diffèrent en fonction du/des mode(s) de placement dans le(s)quel(s) ces réserves sont investies (voir 2.4.1). Chaque unité représente à tout moment une valeur en euros ('valeur d'unité'). La valeur en euros de l'ensemble des unités du compte d'assurance correspond au montant de la réserve liée au compte d'assurance.

Les opérations qui donnent lieu à un flux entrant (voir 2.3) génèrent la conversion de montants en euros en unités. Inversement, les opérations qui donnent lieu à un flux sortant (voir 2.5) génèrent la conversion d'unités en montants en euros. Ces conversions interviennent à certaines dates de valorisation et se font sur la base de la valeur d'unité de la date de valorisation concernée. Chaque jour où une nouvelle valeur d'unité est calculée est une date de valorisation. En ce qui concerne les modes de placement de la branche 23 (voir 2.4.1), chaque jour ouvrable bancaire est une date de valorisation. En ce qui concerne les modes de placement de la branche 21 (voir 2.4.1), chaque jour-calendrier est une date de valorisation.

2.8.2 Opérations qui donnent lieu à un flux entrant

Le montant en euros de tout flux entrant est converti en unités supplémentaires sur le compte d'assurance. Le type d'unité est déterminé selon les règles de placement fixées dans le Certificat personnel.

La conversion de montants en euros en unités liées à un mode de placement de la branche 21 s'opère à la date de valorisation coïncidant avec la date d'effet de l'opération concernée. La conversion de montants en euros en unités liées à un mode de placement de la branche 23 s'opère à la date de valorisation coïncidant avec le troisième jour ouvrable bancaire situé après la date d'effet de l'opération concernée. Les dates d'effet des différentes opérations sont les suivantes :

- paiement de primes (y compris transferts de réserves entrants) : la date valeur de du paiement de prime sur le compte bancaire de l'assureur. Toutefois,
 - si le paiement de prime s'effectue d'une autre manière que celle indiquée par l'assureur, la date d'effet est l'éventuelle date ultérieure à laquelle l'assureur identifie la destination du paiement de prime;
 - si le paiement de prime intervient avant la date à laquelle l'assureur a émis un Certificat personnel, l'assureur peut postposer la date d'effet à la date ultérieure à laquelle il émet le Certificat personnel, ou à la date ultérieure à laquelle l'assureur identifie la destination du paiement de prime;
- attributions dans le cadre de la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail' : la date à laquelle la prime exonérée est due par l'assureur, mais au plus tôt la date à laquelle l'assureur a accepté l'exonération de la prime;
- participation bénéficiaire: la date fixée dans le plan de participation aux bénéfices (voir 2.3.2).

2.8.3 Opérations qui donnent lieu à un flux sortant

Pour tout flux sortant, des unités du compte d'assurance sont converties en un montant en euros. Le nombre d'unités à convertir est déterminé à la date d'effet de l'opération concernée.

La conversion d'unités liées à un mode de placement de la branche 21 en montants en euros s'opère à la date de valorisation coïncidant avec la date d'effet de l'opération concernée. La conversion d'unités liées à un mode de placement de la branche 23 en montants en euros s'opère, en cas de décès dans le cadre de la couverture 'capital-décès', sur la base des valeurs d'unités les plus récentes connues à la date du décès (voir cependant 3.2.4 en cas de déclaration tardive du décès). Pour les autres opérations, la conversion d'unités liées à un mode de placement de la branche 23 en montants en euros s'opère à la date de valorisation coïncidant avec le troisième jour ouvrable bancaire situé après la date d'effet de l'opération concernée. Les dates d'effet des différentes opérations sont les suivantes :

- primes de risque pour la 'couverture décès supplémentaire' : le premier jour de chaque mois;
- chargements mensuels : le premier jour de chaque mois;
- résiliation: la date de réception par l'assureur de la lettre recommandée de résiliation ;
- paiement de la valeur de rachat : le jour suivant la date de réception par l'assureur de la demande de rachat valable et des éventuels autres documents jugés nécessaires;
- rachat par transfert de réserves vers un autre assureur ou organisme de pension : le jour suivant la date de réception par l'assureur de la demande valable et des éventuels autres documents jugés nécessaires;
- versement du capital-pension lors de la mise à la retraite de l'affilié : la date de mise à la retraite de l'affilié mais, en ce qui concerne les unités liées à des modes de placement de la branche 23 et si l'assureur n'a pas été mis au courant de la mise à la retraite de l'affilié, la date ultérieure à laquelle l'assureur prend connaissance de la mise à la retraite de l'affilié.

2.8.4 Changement de mode de placement

Dans le cadre d'un changement de mode de placement à la demande de l'affilié (voir 2.4.2), les réserves investies dans un mode de placement déterminé sont, le cas échéant après retenue d'éventuels chargements de changement et taxes et impôts, totalement ou partiellement liquidées (flux sortant) et le montant qui en résulte est réinvesti au sein du même compte d'assurance mais dans un ou plusieurs autres modes de placement (flux entrant).

- En ce qui concerne le flux sortant, les règles du point 2.8.3 s'appliquent, avec comme date d'effet le jour suivant la date de réception par l'assureur de la demande de switch valable.

- En ce qui concerne le flux entrant, les règles du point 2.8.2 s'appliquent, avec comme date d'effet la date de valorisation du flux sortant.

En cas de changement de mode de placement dans le cadre du mécanisme de la 'limitation de risque dynamique' (voir 2.4.2), les mêmes dispositions s'appliquent, si ce n'est que la date d'effet du flux sortant est ici la date de valorisation à laquelle l'assureur constate que le pourcentage de dépréciation convenu est atteint.

2.9 Avance

L'assureur n'accorde une avance sur les prestations prévues dans le contrat que moyennant la signature par le preneur d'avance d'une 'demande d'avance' que l'assureur met à disposition sur simple demande et qui en détermine les conditions et les modalités. D'autres dispositions des Conditions générales (voir, entre autres, 2.6.1, 4.7, 5.6 et 6.3) et les dispositions légales peuvent également prévoir des modalités et restrictions afférentes au droit d'avance.

En cas d'octroi d'une avance, la demande d'avance peut prévoir qu'un montant de réserves déterminé (et le rendement que ces réserves génèrent) doit obligatoirement être et rester affecté dans un mode de placement déterminé. Il peut également être prévu un taux d'intérêt différent et/ou que le montant de réserves en question ne bénéficie pas de participation bénéficiaire. Une avance peut donc, lors de son octroi et/ou ultérieurement, donner lieu à un changement de mode de placement.

A l'occasion du rachat ultérieur ou du versement ultérieur des prestations, le montant de l'avance est imputé sur la valeur de rachat nette ou le versement net. Si, quelle qu'en soit la raison, le montant de l'avance s'avérait être supérieur à la valeur de rachat nette ou au versement net, le preneur d'avance reste redevable du solde non apuré de l'avance envers l'assureur. Un rachat en vue du transfert de la réserve n'est autorisé que moyennant remboursement préalable de l'avance.

L'assureur peut refuser une demande d'octroi d'avance sur un contrat déjà grevé d'une mise en gage ou affecté à la reconstitution d'un crédit hypothécaire, et inversement.

3 COUVERTURES

3.1 Constitution d'un capital-pension

Dans le cadre du/des contrat(s), des réserves sont constituées (voir 2). Si l'affilié est encore en vie à la 'date terme' indiquée dans le Certificat personnel, l'assureur verse le montant de ces réserves à titre de capital-pension à l'affilié (voir aussi 2.5.2.4 et 7.3 pour d'autres précisions).

La référence que le Certificat personnel fait à la 'date de prise d'effet de la pension légale' comme 'date terme' du/des contrat(s), vise la prise de cours effective de la pension de retraite relative à l'activité professionnelle de l'affilié qui a donné lieu à la constitution du capital-pension.

3.2 Capital-décès

3.2.1 Description de la couverture 'capital-décès'

Si l'affilié vient à décéder pendant la période de couverture (voir 3.2.3.1), l'assureur verse le capital-décès au(x) bénéficiaire(s) (voir aussi 2.5.2.3, 4.4, 5.2, 5.3.1, 6.3 et 7.3 pour d'autres précisions).

3.2.2 Montant du capital-décès / couverture décès supplémentaire

Le montant du capital-décès à verser est renseigné dans le Certificat personnel. Le montant sous-jacent des réserves sur la base du nombre d'unités et des valeurs d'unité à la date du décès de l'affilié y est pris en considération (voir cependant 3.2.4 en cas de déclaration tardive du décès).

Il se peut que le Certificat personnel laisse apparaître que le montant du capital-décès soit supérieur au montant des réserves du/des contrat(s) (conjoint(s)). Cette éventuelle différence positive entre le montant du capital-décès et le montant des réserves du/des contrat(s) (conjoint(s)) est appelée 'couverture décès supplémentaire'. Le montant de cette couverture est calculé au début de chaque mois. L'assureur soustrait au début de chaque mois une prime de risque des réserves pour assurer cette couverture (voir aussi 2.5.1). Aucune participation bénéficiaire n'est accordée dans le cadre de la 'couverture décès supplémentaire'.

Si, en raison de résiliation, rachat, versement du capital-pension ou pour une quelconque autre raison, un contrat conjoint (voir 2.6.2) prend fin ou n'est plus conjoint et si le montant du capital-décès est supérieur au montant des réserves des contrats conjoints, de sorte qu'il est question d'une 'couverture décès

supplémentaire' comme indiqué ci-dessus, le montant de la couverture 'capital-décès' afférent au(x) contrat(s) (conjoint(s) subsistant(s) est, sauf demande écrite contraire et moyennant l'accord écrit de l'assureur, automatiquement diminué du montant des réserves brutes du/des contrat(s) susvisés qui a/ont pris fin ou qui n'est / ne sont plus conjoint(s). Il en est de même en cas de rachat partiel d'un contrat (ce qui ne peut se produire que dans des circonstances exceptionnelles – voir 2.5.2.2), auquel cas le montant de la couverture 'capital-décès' est automatiquement diminué du montant des réserves brutes rachetées.

3.2.3 Portée de la couverture 'capital-décès' et de la 'couverture décès supplémentaire'

3.2.3.1. *Période de couverture*

La période de couverture de la couverture 'capital-décès' commence à la date indiquée dans le Certificat personnel, mais, sauf indication contraire dans le Certificat personnel, au plus tôt après le premier paiement de prime. La période de couverture expire au plus tard à la date indiquée dans le Certificat personnel ou à la 'date terme' antérieure indiquée dans le Certificat personnel.

3.2.3.2. *Etendue géographique*

La couverture 'capital-décès' est valable dans le monde entier.

3.2.3.3. *Risques exclus concernant la 'couverture décès supplémentaire'*

L'assureur n'accorde pas de couverture dans le cadre de la 'couverture décès supplémentaire' (voir 3.2.2) lorsque le décès de l'affilié est causé ou favorisé par ou est lié à une ou plusieurs des circonstances suivantes :

- le suicide au cours de la première année suivant le début de la période de couverture de la 'couverture décès supplémentaire' ou, si applicable, au cours de la première année suivant la date d'effet de la remise en vigueur, de l'augmentation et/ou de la prolongation de la 'couverture décès supplémentaire', étant entendu qu'en cas d'augmentation, l'exclusion ne vaut qu'à raison de l'augmentation;
- un fait intentionnel ou une faute lourde de l'affilié;
- un accident d'avion, sauf en tant que passager payant d'une ligne régulière de navigation aérienne;
- la mise en exécution de la peine de mort suite à une condamnation judiciaire;
- un crime ou un délit commis volontairement par l'affilié en tant qu'auteur ou co-auteur et dont il pouvait prévoir les conséquences;
- émeutes, troubles sociaux et violence collective de nature politique, idéologique ou sociale, que cela soit en lien ou non avec une révolte contre le gouvernement ou contre un pouvoir établi quel qu'il soit, si l'affilié y a participé de façon volontaire et active. Le décès par suite de terrorisme au sens de la Loi du 1^{er} avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme est couvert, sauf si le décès est causé par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique et sauf si l'affilié a participé de façon volontaire et active à l'acte de terrorisme;
- un conflit armé, c'est-à-dire un événement qui est la conséquence directe ou indirecte d'une action offensive ou défensive d'un pouvoir en guerre ou de tout autre événement de nature militaire quel qu'il soit, que ce soit en Belgique ou à l'étranger. Toutefois, si l'affilié s'est rendu dans un pays où il y a un conflit armé, la couverture du risque de guerre peut être obtenue moyennant l'accord préalable de l'assureur dans un avenant au contrat et le paiement éventuel d'une surprime;
- l'alcoolisme, la toxicomanie, l'usage abusif de médicaments ou l'influence de stupéfiants ou autres drogues;
- tous actes téméraires, tous paris, tous défis et toutes exhibitions quelconques;
- l'effet de propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses des combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, ou de toute source de radiations ionisantes;
- l'utilisation, comme conducteur ou passager, d'un véhicule motorisé lors de la participation ou préparation à une épreuve sportive, à une compétition ou à des essais ou de démonstrations à bord d'un tel véhicule quelconque;
- les activités professionnelles suivantes de l'affilié : fabrication, utilisation ou traitement d'explosifs ou inflammables, fabrication ou utilisation de produits chimiques corrosifs et/ou toxiques, fabrication d'insecticides, aviation (personnel navigant), transporteur et convoyeur d'explosifs, manipulation d'engins et produits explosifs et/ou corrosifs, services de sécurité et de protection qui supposent

l'utilisation d'armes de défense et travaux sous eau ou d'autres professions dont la pratique entraîne des risques comparables.

En cas de décès de l'affilié suite à un risque exclu, le versement du capital-décès est limité au montant des réserves à la date du décès (voir cependant 3.2.4 en cas de déclaration tardive du décès).

3.2.4 Déclaration du décès et procédure de versement du capital-décès

Le décès de l'affilié doit être déclaré à l'assureur au plus tard dans les 30 jours à compter de la date du décès. Il se peut aussi que l'asbl SIGeDIS, chargée de la gestion de la 'banque de données des pensions complémentaires', communique le décès de l'affilié à l'assureur. Si le décès de l'affilié n'a été déclaré à l'assureur que plus de 30 jours après la date du décès, l'assureur peut réduire son intervention du montant du préjudice qu'il a subi, sauf s'il est dûment démontré que la déclaration du décès a été remise aussi rapidement qu'il était raisonnablement possible de le faire. Si, quelle qu'en soit la raison, le décès de l'affilié n'a été renseigné à l'assureur que plus de 30 jours après la date du décès, l'assureur est en droit de réduire le montant du 'capital-décès' à verser du préjudice qu'il subit en conséquence d'une éventuelle évolution négative de la valeur de réserves liées à un mode de placement de la branche 23 (voir 2.4.1) depuis la date du décès.

Après réception par l'assureur de la 'demande de versement du capital-décès' selon le modèle fourni par l'assureur, la procédure de paiement du capital-décès est traitée. Les informations complémentaires requises sont mentionnées sur ladite 'demande de versement du capital-décès'. L'assureur peut par la suite encore exiger des pièces complémentaires. L'assureur peut aussi exiger une attestation médicale dûment complétée, selon le modèle fourni par l'assureur, qui indique la cause du décès (voir aussi 3.4.3 et 7.3 pour d'autres précisions).

Tous les intéressés à l'intervention de l'assureur sont tenus de demander aux médecins qui ont administré des soins à l'affilié défunt de leur communiquer tous les renseignements que l'assureur sollicite et sont tenus de remettre sans délai les renseignements ainsi obtenus au médecin-conseil de l'assureur.

Tant qu'une des obligations susvisées n'est pas remplie, l'assureur peut surseoir totalement ou partiellement à son intervention.

Si de faux certificats sont produits, de fausses déclarations sont effectuées ou si certains faits ou certaines circonstances ayant manifestement de l'importance pour l'appréciation des obligations de l'assureur sont intentionnellement omis ou non signalés, l'assureur peut refuser son intervention et réclamer le remboursement de toutes sommes indûment versées.

L'assureur ne peut être tenu d'effectuer le versement du capital-décès à un bénéficiaire qui a intentionnellement provoqué le décès de l'affilié ou qui y a instigué. Dans ce cas, l'assureur peut agir comme si cette/ces personne(s) n'éta(ien)t pas bénéficiaire(s).

3.3 Couvertures en cas d'incapacité de travail

3.3.1 Description des couvertures en cas d'incapacité de travail

Si l'affilié contracte, pendant la période de couverture et suite à une cause couverte, une incapacité de travail totale, il a droit au versement intégral ou à l'attribution intégrale de la ou des rentes d'incapacité de travail, et ce dès l'expiration du délai de carence – et pour certains troubles psychiques et fonctionnels, aussi après l'expiration du délai d'attente d'un an –, durant la période d'incapacité de travail couverte et au plus tard jusqu'à l'expiration de la période de versement. Les différentes notions intervenant dans ce descriptif sont explicitées ci-après. Une incapacité de travail qui répond à toutes les conditions en vue du versement ou de l'attribution de la ou des rentes d'incapacité de travail est aussi dénommée 'incapacité de travail couverte'.

Selon la finalité de la couverture, deux types de rentes d'incapacité de travail peuvent être distingués :

- la couverture 'rente en cas d'incapacité de travail' prévoit le versement d'une rente par l'assureur à l'affilié en vue de lui procurer un revenu de remplacement;
- la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail' prévoit le paiement de primes poursuivi à charge de l'assureur en vue de poursuivre la constitution du capital-pension et de maintenir la couverture du capital-décès.

3.3.2 Incapacité de travail totale

Les couvertures en cas d'incapacité de travail ne couvrent que la seule incapacité de travail *totale*. L'incapacité de travail vise la diminution de l'intégrité physique de l'affilié, consécutive à une maladie ou à un accident, entraînant une diminution de la capacité de gain de l'affilié et une perte y afférente de revenus professionnels.

Lors de l'appréciation de l'incapacité de travail de l'affilié, sont prises en compte la profession exercée et les possibilités de reclassement dans une activité professionnelle qui soit compatible avec ses connaissances, ses aptitudes et sa situation sociale dans des conditions économiques normales. La détermination du degré d'incapacité est indépendante de tout autre critère économique. Seule l'incapacité de travail *totale* est couverte (voir ci-dessus). L'incapacité est considérée comme totale lorsque le degré d'incapacité de travail atteint au moins 67%. Les décisions prises par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme similaire ne s'imposent pas à l'assureur.

En vue d'apprécier si le degré d'incapacité de travail minimal de 67% (aussi appelé 'seuil d'incapacité de travail') est atteint ou non, l'on prend en compte le degré d'incapacité de travail réel sous déduction du degré d'incapacité de travail qui découle de ou qui est lié à une cause non couverte (voir 3.3.3), à un risque exclu (voir 3.3.9) et/ou à une maladie ou affection préexistante non couverte (voir 3.4.1). Pour avoir droit à l'intervention de l'assureur, il faut donc que le degré d'incapacité de travail réel, sous déduction du degré d'incapacité qui découle de ou qui est lié à une cause non couverte, à un risque exclu et/ou à une maladie ou affection préexistante non couverte, atteigne au moins 67%. Si le degré d'incapacité de travail ainsi pris en compte est inférieur à 67%, il n'y a aucune intervention de l'assureur.

Selon le contexte, l'usage du terme 'incapacité de travail' dans les présentes Conditions générales et les autres documents de police renvoient à 'l'incapacité de travail totale' définie ci-dessus.

3.3.3 Causes couvertes d'incapacité de travail

3.3.3.1. Introduction

L'incapacité de travail totale n'est couverte que lorsqu'elle résulte d'un accident (voir 3.3.3.2) et/ou d'une maladie (voir 3.3.3.3).

3.3.3.2. Accident

La notion d'accident couvre :

- tout événement soudain qui atteint l'intégrité physique de l'affilié et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'affilié;
- une atteinte à l'intégrité physique due à l'inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs, à l'absorption par méprise de substances toxiques;
- une maladie qui est la conséquence directe d'un accident couvert;
- la noyade ;
- une participation de l'affilié à des opérations de sauvetage de personnes ou de biens en péril.

N'est en aucun cas un accident :

- l'atteinte à l'intégrité physique due à des actes opératoires pratiqués par l'affilié lui-même ou par une personne non-qualifiée;
- le suicide, ainsi que les conséquences d'une tentative de suicide ou les blessures volontaires;
- les conséquences de la participation de l'affilié à un crime ou à un délit volontaire.

3.3.3.3. Maladie

Une maladie est toute altération d'origine non accidentelle de la santé de l'affilié, présentant des symptômes objectifs qui permettent d'établir un diagnostic ainsi que le traitement thérapeutique adapté selon les standards médicaux reconnus.

En extension à la couverture en cas de maladie, le repos de maternité normal est couvert mais seulement pour la période de repos de maternité complet (et donc à l'exclusion des périodes de repos de maternité à mi-temps), et étant entendu que la prestation d'assurance est due par l'assureur pour la période précisée sur l'attestation médicale, avec un maximum de 9 semaines (maximum 1 semaine avant et maximum 8 semaines après l'accouchement), diminuée du délai de carence (voir 3.3.6). L'affilié doit fournir à l'assureur une attestation médicale de son médecin, précisant le début et la fin du repos de maternité. La couverture du repos de maternité ne vaut cependant au plus tôt qu'après l'expiration d'un délai d'attente d'un an. Le 'délai d'attente d'un an' signifie qu'aucune prestation d'assurance n'est due par l'assureur lorsque le repos de maternité prend cours durant la première année à compter de la date d'entrée en vigueur de la couverture en cas d'incapacité de travail, de l'augmentation de son montant assuré (à raison de l'augmentation) ou de sa remise en vigueur.

En extension à la couverture en cas de maladie, les troubles psychiques et fonctionnels sont couverts selon les conditions et modalités décrites aux points A. B. et C. ci-dessous.

A. Troubles psychiques

Les troubles psychiques sont couverts si les conditions suivantes sont cumulativement remplies (et dans les limites précisées au point C. ci-dessous) :

1. il s'agit d'un des troubles psychiques énumérés ci-après de façon limitative :
 - o dépression majeure ;
 - o trouble bipolaire ;
 - o trouble psychotique ;
 - o trouble d'anxiété généralisée ;
 - o schizophrénie ;
 - o trouble dissociatif ;
 - o trouble obsessionnel compulsif ;
 - o anorexie mentale ;
 - o boulimie;
2. le diagnostic est établi par un docteur en psychiatrie agréé en Belgique sur base de symptômes objectifs et médicalement explicables et définis en DSM-5 et repris dans l' ICD-11 ou des versions futures de ceux-ci.

B. Troubles fonctionnels

Les troubles fonctionnels sont couverts si les conditions suivantes sont cumulativement remplies (et dans les limites précisées au point C. ci-dessous) :

1. il s'agit d'un des troubles fonctionnels énumérés ci-après de façon limitative :
 - o l'épuisement professionnel, également appelé burn out ;
 - o fibromyalgie dont le diagnostic est établi sur base des critères reconnus scientifiquement selon l'ACR (American College of Rheumatology) ;
 - o syndrome de fatigue chronique dont le diagnostic est établi sur base des critères reconnus scientifiquement selon Fukuda ;
2. le diagnostic est établi par un docteur spécialisé dans ce type de troubles et agréé en Belgique.

C. Dispositions communes aux troubles psychiques et aux troubles fonctionnels décrits sous A. et B. ci-dessus

La couverture de l'incapacité de travail résultant de troubles psychiques décrits sous le point A. ci-dessus et/ou de troubles fonctionnels décrits sous le point B. ci-dessus, ne vaut au plus tôt qu'après l'expiration d'un délai d'attente d'un an. Le 'délai d'attente d'un an' signifie qu'aucune prestation d'assurance n'est due par l'assureur lorsque l'incapacité de travail résultant de troubles décrits sous les points A. et B. ci-dessus prend cours durant la première année à compter de la date d'entrée en vigueur de la couverture en cas d'incapacité de travail, de l'augmentation de son montant assuré (à raison de l'augmentation) ou de sa remise en vigueur, et ce même si cette incapacité de travail perdure à l'expiration du délai d'attente d'un an. Outre le délai d'attente d'un an, il y a également lieu de tenir compte du délai de carence (voir 3.3.6).

Pendant toute la durée du contrat, l'intervention de l'assureur en raison d'incapacité de travail totale résultant de troubles psychiques décrits sous A. ci-dessus et/ou de troubles fonctionnels décrits sous B. ci-dessus ne peut pas dépasser cumulativement au maximum deux ans, étant entendu que l'intervention maximale de deux ans s'apprécie globalement au regard de l'ensemble des troubles visés aux points A. et B. ci-dessus et donc pas séparément au regard des troubles psychiques visés au point A. d'une part, et au regard des troubles fonctionnels visés au point B. d'autre part.

3.3.4 Montant des rentes d'incapacité de travail

3.3.4.1. *Montant et périodicité de paiement des rentes d'incapacité de travail*

Sous réserve des dispositions ci-dessous, le montant des rentes d'incapacité de travail est égal à leur montant assuré à l'expiration du délai de carence indiqué dans le Certificat personnel.

Sauf indication contraire dans le Certificat personnel, les rentes d'incapacité de travail sont exprimées en montants annuels. Elles sont versées à l'affilié ou attribuées au compte d'assurance en tranches mensuelles (en 'douzièmes') à la fin de chaque mois. Si, pour un mois déterminé, il n'est pas question d'incapacité de travail couverte durant tout le mois, la rente pour le(s) mois concerné(s) est calculée au prorata du nombre de jours d'incapacité de travail couverte durant le(s) mois concerné(s).

3.3.4.2. *Seuil d'incapacité de travail*

Les rentes d'incapacité de travail sont versées ou attribuées uniquement si le degré d'incapacité de travail pris en compte atteint au moins 67% ('seuil d'incapacité de travail' - voir 3.3.2)

Dès que ce seuil d'incapacité de travail de 67% n'est plus atteint, le versement ou l'attribution des rentes d'incapacité de travail prend fin. L'assureur n'effectue pas de versement ou d'attribution en cas d'augmentation du degré d'incapacité de travail qui le porterait à au moins 67%, si cette augmentation survenait après la période de couverture (voir 3.3.5) et donc pas davantage après que la couverture ait pris fin.

3.3.4.3. Indexation de la 'rente en cas d'incapacité de travail' en cours

En ce qui concerne la couverture 'rente en cas d'incapacité de travail' (voir 3.3.1), il peut être prévu une indexation de la rente en cours ('indexation après sinistre'). Dans ce cas, le montant de la rente est majoré annuellement en multipliant son montant initial par un facteur d'indexation. Ce facteur est égal à $(1 + \text{pourcentage d'indexation})^n$, où 'n' représente le nombre d'années complètes écoulées depuis la date du début de l'incapacité de travail. La première indexation est par conséquent effectuée un an après la date du début de l'incapacité de travail. Si une indexation après sinistre est prévue, le Certificat personnel en fait mention.

Dès que l'affilié ne se trouve plus en état d'incapacité de travail totale qui entraîne l'application de la couverture, le montant assuré de la rente d'incapacité de travail est ramené au niveau d'avant la période d'incapacité de travail.

3.3.4.4. Couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail'

Le montant assuré de la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail' est égal à $((TP - PIT) \times DEP)$, où :

- TP = le montant total, sur base annuelle, des primes futures convenues et non encore échues (sans taxes ou prélèvements) pour le(s) contrat(s) (conjoints), étant entendu qu'il n'est pas tenu compte d'une éventuelle indexation non-forfaitaire ou évolution non-forfaitaire de ces primes ou de leur lien éventuel avec l'évolution du revenu professionnel;
- PIT = le montant de primes qui est normalement destiné au financement des couvertures en cas d'incapacité de travail;
- DEP = le degré d'exonération de primes (sauf mention contraire dans le Certificat personnel, le degré d'exonération de primes est de 100%).

Sauf s'il en est convenu autrement, les attributions dans le cadre de cette couverture qui sont affectées aux réserves de pension suivent les mêmes règles de placement que les primes qui sont affectées aux réserves de pension du contrat concerné auquel est rattachée cette couverture et sont aussi attribuées aux réserves de pension de ce contrat.

Si toutefois, pour une raison quelconque, les obligations de l'assureur en vertu de cette couverture ne sont établies qu'après la date d'exigibilité de l'attribution et si le preneur d'assurance a entretemps payé les primes lui-même, l'assureur rembourse au preneur d'assurance ces primes déjà payées, si et dans la mesure où celles-ci sont à charge de l'assureur en vertu de cette couverture (remboursement de prime).

Il est encore à noter que les primes pour les couvertures en cas d'incapacité de travail bénéficient d'une exonération de primes 'endogène' pendant la période durant laquelle l'assureur verse ou attribue effectivement une rente d'incapacité de travail, ce qui implique que tant que l'assureur accorde effectivement son intervention, aucune prime n'est due pour les couvertures en cas d'incapacité de travail concernées.

3.3.5 Période de couverture

La période de couverture des couvertures en cas d'incapacité de travail commence à la date indiquée dans le Certificat personnel, mais, sauf indication contraire dans le Certificat personnel, au plus tôt après le premier paiement de prime pour ces couvertures. La période de couverture expire au plus tard à la date indiquée dans le Certificat personnel ou à la 'date terme' antérieure indiquée dans le Certificat personnel.

3.3.6 Période de paiement

L'assureur est redevable des rentes d'incapacité de travail – sans rétroactivité – dès l'expiration du délai de carence renseigné dans le Certificat personnel (et dans certains cas de figure, seulement aussi après l'expiration d'un délai d'attente d'un an – voir 3.3.3.3).

Le délai de carence prend cours à la date du début de l'incapacité de travail couverte.

Les rentes d'incapacité de travail sont versées ou attribuées au plus tard jusqu'au terme de la période de paiement indiquée dans le Certificat personnel. La période de paiement prend cependant fin au plus tard au moment où un des événements suivants se produit :

- dès que le degré d'incapacité économique pris en compte descend en-dessous du 'seuil d'incapacité de travail' de 67% (voir 3.3.2 et 3.3.4.2) ;
- au décès de l'affilié ;
- à la 'date terme' indiquée dans le Certificat personnel du contrat, qui est en principe la date de la mise à la retraite (anticipée ou non) de l'affilié.

En ce qui concerne l'incapacité de travail liée à certains troubles psychiques et fonctionnels, la période de paiement est limitée (voir 3.3.3.3C.).

3.3.7 Rechute

Il est question de rechute lorsqu'une incapacité de travail couverte débute dans les 30 jours suivant la fin d'une période d'incapacité de travail couverte précédente et relève de la même cause que cette incapacité de travail couverte précédente.

En cas de rechute, la période d'incapacité de travail couverte précédente est prise en compte pour le calcul du délai de carence. Si une rente d'incapacité de travail en cours augmente en raison d'une indexation (voir 3.3.4.3), la rente à verser ou à attribuer en cas de rechute est calculée comme s'il n'y avait pas eu d'interruption de l'incapacité de travail. La période intermédiaire est en outre prise en compte pour l'application de l'indexation.

3.3.8 Etendue géographique

Les couvertures en cas d'incapacité de travail' sont valables dans le monde entier pour autant que l'affilié ait sa résidence habituelle en Belgique.

Afin d'examiner le droit aux prestations de l'assureur, l'assureur doit toutefois être en mesure d'exercer le contrôle médical nécessaire, tant lors de la survenance de l'incapacité de travail que dans le cadre du suivi ultérieur de l'incapacité de travail.

En cas de séjour de l'affilié en dehors de l'Espace Economique Européen, les rentes d'incapacité seront versées ou attribuées pendant une période de trois mois maximum, sauf cas de force majeure.

3.3.9 Risques exclus

L'assureur n'accorde pas de couverture et n'effectue donc pas de versement ou d'attribution dans le cadre des couvertures en cas d'incapacité de travail suite à un risque qui serait exclu dans le cadre de la 'couverture décès supplémentaire' conformément au point 3.2.3.3 ci-avant des présentes Conditions générales (mais ici en ce qui concerne l'incapacité de travail) ou si l'incapacité de travail est causée ou favorisée par ou si elle est liée à une maladie contractée ou à un accident survenu, que la responsabilité de l'affilié soit engagée ou non, à l'occasion ou dans le cadre :

- d'une tentative de suicide ;
- d'une bagarre, sauf en cas de légitime défense ;
- d'une blessure provoquée ou recherchée par l'affilié, à l'exception des tentatives de sauvetage de personnes, animaux et biens ;
- de la pratique d'un sport quelconque en tant que professionnel ;
- d'une activité sportive rémunérée indépendamment de la nature de la rémunération ;
- de l'utilisation comme conducteur ou passager d'un véhicule motorisé à 2 ou 3 roues, à l'exclusion des cyclomoteurs du type « A » ;
- de la pratique de sports considérés comme dangereux, tels que : le bobsleigh, le skeleton, le hockey sur glace, les sauts à ski, le ski hors-piste, les sauts « Benji », les sports de combats (autres que le judo et l'escrime), la spéléologie, l'archéologie, la plongée sous-marine, l'alpinisme, l'escalade, le parachutisme, l'aéronautisme sous toutes ses formes, l'équitation, le rugby, le polo à cheval, le vol à voile, la chasse aux animaux sauvages ou gros gibier, les courses cyclistes, le jet ski, le power boat ou d'autres sports dont la pratique entraîne des risques comparables ;
- des risques suivants propres aux activités professionnelles de l'affilié : travaux en hauteur de plus de 4 mètres, descentes dans les puits, mines ou carrières en galeries, travaux aux installations électriques à haute tension, ou d'autres professions dont la pratique entraîne des risques comparables ;
- de soins ou de traitements esthétiques.

3.3.10 Changement de profession de l'affilié

La prime de risque et les conditions de couverture concernant les couvertures en cas d'incapacité de travail sont fixées en fonction de la profession de l'affilié.

Le preneur d'assurance ou l'affilié doit communiquer dans le mois toutes modifications intervenues dans sa profession.

L'assureur peut, de manière raisonnable et proportionnelle, adapter la prime de risque et/ou les conditions de couverture à la suite d'une telle modification, pour autant que la modification ait une influence significative sur le risque et/ou le coût ou l'étendue des prestations garanties.

Si le preneur d'assurance ou l'affilié ne communique pas (dans le délai précité d'un mois) les modifications intervenues dans sa profession pour une raison autre qu'un cas de force majeure, l'assureur ne fournira la prestation assurée que proportionnellement au rapport entre la prime versée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû verser si l'aggravation du risque avait été prise en considération. Toutefois, dans le cas où l'assureur n'aurait pas assuré la nouvelle profession, ses prestations en cas d'incapacité de travail se limitent au remboursement de toutes les primes versées depuis le changement.

3.3.11 Déclaration d'incapacité de travail et suivi médical

L'affilié doit déclarer à l'assureur toute incapacité de travail qui peut donner lieu à une intervention de l'assureur selon la procédure indiquée par l'assureur, et ce au plus tard 15 jours avant la fin du délai de carence ou, si le délai de carence est supérieur ou égal à trois mois, dans les deux mois qui suivent la date à laquelle l'incapacité de travail s'est manifestée. En cas de déclaration tardive, l'assureur peut réduire son intervention du montant du préjudice qu'il a subi, sauf s'il est dûment démontré que la déclaration de sinistre a été remise aussi rapidement qu'il était raisonnablement possible de le faire.

La déclaration doit être accompagnée de tous les documents, certificats et rapports originaux qui peuvent démontrer l'existence et la gravité de l'incapacité de travail, y compris les documents permettant de démontrer la perte de revenus professionnels qui en découle. L'assureur peut exiger tous documents complémentaires à cette fin (voir aussi 7.3 pour d'autres précisions). Tous les intéressés à l'intervention de l'assureur sont tenus d'apporter toute collaboration possible afin que les examens et les contrôles jugés utiles par l'assureur puissent être effectués le plus rapidement possible, et ce – sauf cas de force majeure – en Belgique, sont tenus de demander à tous les médecins qui administrent ou qui ont administré des soins à l'affilié de leur communiquer tous les renseignements que l'assureur sollicite et sont tenus de remettre sans délai les renseignements ainsi obtenus au médecin-conseil de l'assureur, tout ceci tant lors de la survenance de l'incapacité de travail que dans le cadre du suivi médical ultérieur. Toutes les mesures visant à accélérer la guérison doivent être prises le plus rapidement possible et les traitements médicaux prescrits doivent être suivis. Si une de ces obligations n'est pas remplie, l'assureur peut refuser ou suspendre totalement ou partiellement son intervention.

Après la déclaration de l'incapacité de travail et sur la base des renseignements fournis et des résultats d'éventuels examens, l'assureur confirme s'il accorde son intervention, ainsi que la date du début de l'incapacité de travail et le degré d'incapacité de travail pris en compte. L'assureur communique sa position à l'affilié, qui est censé marquer son accord à défaut d'avoir communiqué son désaccord à l'assureur dans les 30 jours après réception de la position de l'assureur.

En cas de versement ou d'attribution d'une rente d'incapacité de travail, l'assureur a toujours le droit d'examiner l'évolution du degré d'incapacité de travail et, le cas échéant, de le soumettre à une révision. L'affilié est tenu d'informer dans les huit jours l'assureur d'une guérison complète ou partielle et/ou de toute modification du degré d'incapacité de travail, ainsi que de la reprise totale ou partielle de ses activités professionnelles et/ou de l'exercice d'un autre travail. Sinon, l'assureur exige le remboursement de toutes sommes versées ou attribuées indûment.

En cas d'opposition à une demande d'examen de contrôle par le médecin conseil de l'assureur, l'assureur n'intervient pas ou suspend son intervention, hormis le cas de force majeure ou lorsque l'assureur n'en subit aucun préjudice.

Les éventuels litiges portant sur des questions médicales sont, pour autant que les parties marquent leur accord à ce sujet au plus tôt au moment où le litige naît, soumis contradictoirement à deux médecins-experts nommés et dûment mandatés, l'un par l'affilié et l'autre par l'assureur. Faute d'arriver à un accord, les experts choisissent un troisième expert. Les trois experts statueront en commun mais à défaut d'unanimité, l'avis du troisième expert sera prépondérant. Si l'une des parties ne nomme pas son expert ou si les deux experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Première Instance du domicile de l'affilié, à la requête de la partie la plus diligente. Chacune des parties supporte les frais et honoraires de son expert. Les frais et honoraires du troisième expert sont partagés par moitié. Pour autant

que les experts prennent la décision dans le respect des dispositions des Conditions générales et des autres documents de police, la décision est contraignante.

Si de faux certificats sont produits, de fausses déclarations sont effectuées ou si certains faits ou certaines circonstances ayant manifestement de l'importance pour l'appréciation des obligations de l'assureur sont intentionnellement omis ou non signalés, l'assureur peut refuser son intervention ou y mettre fin et réclamer le remboursement de toutes sommes versées ou attribuées indûment.

3.4 Dispositions générales concernant les couvertures de risque

3.4.1 Communication de renseignements corrects, acceptation des couvertures de risque et maladies et affections préexistantes

Lors de la conclusion, l'augmentation, la prolongation ou la remise en vigueur des couvertures de risque, le preneur d'assurance et l'affilié doivent communiquer à l'assureur, en toute sincérité et sans omission, tous les éléments dont ils ont connaissance et qu'ils doivent raisonnablement considérer comme des éléments d'appréciation des risques par l'assureur. L'assureur peut exiger tous les renseignements qu'il juge nécessaires. Il s'agit entre autres de l'activité professionnelle, de sports et autres activités pratiqués, ainsi que des maladies et affections déjà diagnostiquées ou dont au moins les symptômes se sont déjà manifestés.

En cas de communication inexacte de la date de naissance de l'affilié, l'assureur peut adapter les primes de risque et/ou toute prestation d'assurance (le cas échéant, rétroactivement) sur la base des éléments tarifaires en fonction de la date de naissance exacte. En cas d'omissions involontaires ou de déclarations inexacts involontaires autres que celle portant sur la date de naissance, les dispositions légales y relatives s'y appliquent durant la première année après, respectivement, la conclusion, l'entrée en vigueur d'une augmentation (à raison de l'augmentation) ou la remise en vigueur de la 'couverture décès supplémentaire' (voir 3.2.2) et, sauf disposition impérative contraire, pendant toute leur durée en ce qui concerne les couvertures en cas d'incapacité de travail (assurances complémentaires – voir 7.1).

Dans le cadre spécifique de la couverture 'rente en cas d'incapacité de travail' (voir 3.3.1), l'affilié doit, non seulement lors de la conclusion, l'extension, l'augmentation, la prolongation ou la remise en vigueur de cette couverture, mais aussi pendant toute la durée de cette couverture, informer immédiatement l'assureur de toute diminution de ses revenus professionnels ou du fait qu'il a conclu ou conclut une assurance auprès d'une autre compagnie d'assurance qui couvre les mêmes risques ou des risques similaires ou qu'il bénéficie auprès d'un (autre) organisme de pension d'une telle couverture (voir aussi 3.4.2). L'assureur est également en droit d'interroger l'affilié sur ces questions, auquel cas l'affilié est tenu d'y répondre dans le délai indiqué. Si l'affilié omet de communiquer à l'assureur une diminution de ses revenus professionnels ou le fait qu'il est couvert auprès d'une autre compagnie ou d'un autre organisme de pension d'assurance pour les mêmes risques ou des risques similaires, comme indiqué ci-dessus, ou si l'affilié ne communiquait pas ces éléments en réponse à des questions posées par l'assureur à ce sujet, l'assureur peut, en cas de sinistre, réduire ou même refuser son intervention.

Les couvertures de risque et toute extension, augmentation, prolongation ou remise en vigueur de celles-ci sont soumises aux critères d'acceptation généraux que l'assureur applique pour des raisons juridiques et fiscales et de technique des assurances (résultat favorable de formalités médicales et/ou d'exams médicaux, caractère complémentaire de certaines couvertures de risque, couvertures maximales, sur-assurance, anti-sélection, limitations fiscales, etc.). Les couvertures de risque ne sont assurées que si elles sont mentionnées dans le Certificat personnel ou si l'assureur en a donné confirmation écrite sous une autre forme.

En matière de maladies et affections préexistantes, les dispositions suivantes s'appliquent. Si des déclarations de l'affilié, des formalités médicales et/ou des exams médicaux à l'occasion de la conclusion, l'augmentation, la prolongation ou la remise en vigueur des couvertures de risque mentionnent, révèlent ou rendent sur la base de symptômes probable une maladie ou affection existante, celle-ci est couverte, sauf contre-avis de l'assureur avec mention de la maladie ou affection pour laquelle (l'augmentation de) la couverture n'est pas accordée. Si l'assureur impute une surprime pour une couverture de risque et/ou refuse totalement ou partiellement (par exemple pour une maladie ou affection déterminée) une couverture, cette surprime et/ou ce refus s'applique(nt) également à toute augmentation ultérieure de la (des) couverture(s) de risque concernée(s), sauf s'il en est convenu autrement.

Toute fraude, omission volontaire ou déclaration inexacte volontaire entraîne la nullité de la (des) couverture(s) de risque concernée(s). Les primes échues au moment où l'assureur en prend connaissance lui reviennent. L'attention est attirée sur le fait que la loi prévoit aussi des sanctions en cas d'omissions involontaires ou de déclarations inexacts involontaires qui, selon les cas, peuvent mener jusqu'au refus de l'assureur d'accorder son intervention.

3.4.2 Modification ou cessation des couvertures de risque par l'assureur

L'assureur peut à tout moment modifier le montant assuré des couvertures de risque pour des raisons fondées, comme le souci d'endiguer la sur-assurance et de maintenir les réserves bloquées (voir 2.6.1). Dans le cadre de la sur-assurance, il est en particulier songé à la possibilité pour l'assureur de diminuer le montant assuré de la couverture 'rente en cas d'incapacité de travail' (voir 3.3.1) ou même de mettre fin à cette couverture en cas de diminution des revenus professionnels de l'affilié ou s'il s'avère que l'affilié est également couvert auprès d'une autre compagnie d'assurance ou d'un autre organisme de pension pour les mêmes risques ou des risques similaires (voir aussi 3.4.1). L'assureur en avertit le preneur d'assurance et l'affilié et il transmet à cette occasion également un Certificat personnel modifié.

Si, quelle qu'en soit la raison, l'assureur constate que les réserves (libres – voir 2.6.1) sont insuffisantes pour continuer d'en soustraire les primes de risque pour la 'couverture décès supplémentaire' (voir 3.2.2), il peut mettre anticipativement fin à cette couverture. La cessation anticipée de cette couverture n'intervient cependant au plus tôt que 30 jours après que l'assureur en ait informé l'affilié par lettre recommandée.

3.4.3 Secret médical

L'affilié et les tiers intéressés libèrent tous médecins du secret médical vis-à-vis du médecin conseil de l'assureur afin de remplir toutes les obligations prévues par les Conditions générales, aussi après un décès.

L'affilié donne expressément autorisation à tous médecins de transmettre au médecin-conseil de l'assureur une déclaration dûment complétée – selon le modèle établi par l'assureur – relative à la cause du décès.

4 FONCTIONNEMENT DE L'ENGAGEMENT INDIVIDUEL DE PENSION ('CONTRAT EIP')

4.1 Introduction

Le point 4 s'applique au contrat 'engagement individuel de pension' (également appelé 'contrat EIP') au sens du Titre 4 de la loi du 15 mai 2014 portant des dispositions diverses et des arrêtés d'exécution y afférents, où l'affilié a le statut social d'indépendant et le statut fiscal de dirigeant d'entreprise.

Le contrat EIP prévoit la constitution d'un 'capital-pension' pour l'affilié s'il est en vie à la date terme (voir 3.1 et 4.2) ou le versement d'un capital-décès au(x) bénéficiaire(s) (voir 4.4) en cas de décès de l'affilié avant la date terme (voir 3.2). En outre, le contrat EIP peut aussi prévoir des couvertures en cas d'incapacité de travail en faveur de l'affilié (voir 3.3).

4.2 Entrée en vigueur / affiliation / date terme (prévue) / âge de retraite

Le Certificat personnel indique qui est affilié au contrat EIP. L'affiliation est liée à l'activité de l'affilié en qualité de dirigeant d'entreprise indépendant du preneur d'assurance au sens de l'article 32, alinéa 1^{er}, 1° et 2°, du Code des impôts sur les revenus (voir aussi 4.9 en cas de perte de cette qualité de dirigeant d'entreprise indépendant du preneur d'assurance). Si l'affilié est également occupé comme travailleur salarié par le preneur d'assurance, l'affiliation au contrat EIP se fait exclusivement en raison de sa qualité de dirigeant d'entreprise sous statut social d'indépendant.

Le contrat EIP entre en vigueur et l'affiliation y afférente intervient à la date d'entrée en vigueur telle qu'indiquée dans le Certificat personnel, mais, sauf indication contraire dans le Certificat personnel, au plus tôt après le premier paiement de prime.

La 'date terme' du contrat EIP telle qu'indiquée dans le Certificat personnel renvoie à la date effective de mise à la retraite de l'affilié au sens de l'article 35, 18° de la loi du 15 mai 2014 portant des dispositions diverses, à savoir la date de prise de cours effective de la pension de retraite de l'affilié relative à l'activité professionnelle qui a donné lieu à la constitution du capital-pension. La 'date terme prévue' telle qu'indiquée dans le Certificat personnel est 'l'âge de retraite' au sens de l'article 35, 13° de la loi précitée du 15 mai 2014, qui peut être différente de la date effective de mise à la retraite précitée et donc aussi de la date à laquelle le capital-pension (voir 3.1) est versé.

Dès qu'il devient probable que l'affilié ne prendra sa pension de retraite légale qu'après la date terme prévue, telle qu'indiquée dans le Certificat personnel, il doit en informer le preneur d'assurance. Le preneur d'assurance indique sans délai à l'assureur dans quelle mesure il est disposé à étendre l'engagement de pension en cours par le paiement de primes qui seraient encore dues au-delà de la date terme prévue, et

jusque quand. A cette fin, le preneur d'assurance est tenu de demander à l'assureur le report de la date terme prévue. Si le preneur d'assurance entend également étendre l'engagement de pension par une prolongation des couvertures de risque, il s'informe préalablement auprès de l'assureur pour savoir si et sous quelles conditions et modalités (primes de risque, surprimes, formalités médicales, seuils d'âge, ...) l'assureur est disposé à accepter la prolongation des couvertures de risque concernées.

Dès lors qu'il apparaît que la date effective de mise à la retraite de l'affilié est postérieure à la date terme prévue, le fait que le preneur d'assurance n'ait pas demandé de report de la date terme prévue (et que la date terme n'a ainsi pas été effectivement reportée) tient lieu de décision du preneur d'assurance d'abroger l'engagement de pension à la date terme prévue (ceci vaut aussi si le contrat EIP n'est pas racheté et/ou si l'affilié reste actif après la date terme prévue comme dirigeant d'entreprise indépendant du preneur d'assurance, alors que la date terme prévue n'a pas été reportée). Dans ce cas, les dispositions du point 4.10 des présentes Conditions générales ne s'appliquent pas, si ce n'est que l'abrogation précitée ne porte atteinte ni au caractère acquis pour l'affilié des réserves constituées par les primes payées jusqu'à la date terme prévue, ni au fait que l'affilié puisse en outre, dans le respect des règles de prescription légales, exiger dans ses rapports avec le preneur d'assurance, le paiement par ce dernier d'éventuelles primes encore dues à son égard, mais pas encore payées. Si le preneur d'assurance n'a ainsi pas demandé de report de la date terme prévue, les dispositions suivantes s'appliquent, comme elles découlent d'ailleurs aussi du Certificat personnel :

- à compter de la date terme prévue, le preneur d'assurance n'est plus redevable de primes et l'assureur ne lui en réclame donc plus;
- à compter de la date terme prévue, les modes de placement de la branche 21 (voir 2.4.1) sont, le cas échéant, modifiés comme indiqué dans la/les fiche(s) de mode de placement concernée(s);
- à compter de la date terme prévue, l'assureur ne soustrait plus de primes de risque des réserves du contrat EIP pour l'éventuelle 'couverture décès supplémentaire' (voir 3.2.2) en vigueur jusqu'alors, ce qui implique que cette couverture prend fin automatiquement et sans aucune autre formalité à la date terme prévue, si bien que le capital-décès se limite à partir de ce moment au montant des réserves;
- à la date terme prévue, les éventuelles couvertures en cas d'incapacité de travail (voir 3.3) qui seraient encore en vigueur prennent fin automatiquement et sans aucune autre formalité (les éventuels versements ou attributions en cours dans le cadre de ces couvertures ne sont pas prolongés);
- en cas de rachat à la date terme prévue ou après la date terme prévue, l'indemnité de rachat visée au point 2.5.2.2 n'est pas appliquée.

Si la date terme prévue est reportée, le contrat EIP (et l'engagement de pension qu'il intègre) se poursuit. Il y a lieu dans ce cas de convenir du montant des primes que le preneur d'assurance versera jusqu'à la nouvelle date terme prévue (ou jusqu'à une autre date convenue). A cette occasion, l'assureur émet un nouveau Certificat personnel. Sauf s'il en a été convenu autrement et si le Certificat personnel l'indique comme tel, cette continuation du contrat EIP jusqu'à la nouvelle date terme prévue n'implique cependant pas que l'assureur continue de soustraire les primes de risque pour la 'couverture décès supplémentaire' (voir 3.2.2) aux réserves du contrat EIP et que cette couverture serait ainsi maintenue après la date terme prévue initiale, et n'implique pas non plus que les couvertures en cas d'incapacité de travail (voir 3.3) seraient maintenues après la date terme prévue initiale. La continuation du contrat EIP jusqu'à la nouvelle date terme prévue n'implique pas davantage que le mode de placement appliqué jusqu'à la date terme prévue initiale se poursuive (de manière inchangée) jusqu'à la nouvelle date terme prévue. En cas de rachat par l'affilié entre la date terme prévue initiale et la nouvelle date terme prévue, l'indemnité de rachat visée au point 2.5.2.2 n'est pas appliquée.

Si la date effective de mise à la retraite de l'affilié était également postérieure à la nouvelle date terme prévue, les dispositions précitées s'appliquent de manière itérative.

4.3 Contrat EIP / droits acquis

L'engagement individuel de pension est intégralement alimenté par des primes à charge du preneur d'assurance, appelées 'primes d'entreprise' ou 'primes' (qui constituent le 'contrat de l'entreprise engagement individuel de pension', aussi appelé 'contrat d'entreprise' ou 'contrat EIP').

Les réserves du contrat EIP financées par les primes d'entreprise payées, ainsi que les prestations d'assurance qui peuvent en découler, sont acquises à l'affilié (voir à ce propos aussi le point 4.5 ci-après en cas de paiement des primes par domiciliation SEPA).

4.4 Bénéficiaires

Les bénéficiaires des différentes couvertures sont mentionnés dans le Certificat personnel.

En raison, entre autres, des 'droits acquis' conférés à l'affilié sur le contrat d'entreprise (voir 4.3), le preneur d'assurance n'est pas en droit de modifier le(s) bénéficiaire(s) ou l'ordre de priorité des bénéficiaires. Cette disposition vaut pour toutes les couvertures.

En ce qui concerne la couverture 'capital-décès' (voir 3.2), l'affilié peut modifier le(s) bénéficiaire(s) et/ou l'ordre de priorité des bénéficiaires par un écrit. L'assureur ne tient compte de cet écrit de l'affilié que si cet écrit lui est parvenu avant qu'il n'ait procédé au paiement du capital-décès.

Tout bénéficiaire peut accepter le bénéfice de la couverture 'capital-décès' (voir 3.2) dès avant son exigibilité, moyennant un avenant au Certificat personnel signé par lui, le preneur d'assurance, l'affilié et l'assureur. L'acceptation du bénéfice a, sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, entre autres pour effet que la révocation et la modification de la désignation bénéficiaire, le rachat, l'obtention d'une avance, la mise en gage des droits de pension, l'affectation de la valeur de rachat à la reconstitution d'un crédit hypothécaire et la cession des droits requièrent l'accord écrit du bénéficiaire acceptant.

4.5 Paiement des primes

Le paiement des primes s'effectue sur le compte bancaire indiqué par l'assureur, avec mention des références communiquées, et ce sur la base de factures ou bordereaux émanant de l'assureur, ou éventuellement par domiciliation SEPA. L'assureur peut refuser tout autre mode de paiement. Le paiement de primes à un quelconque intermédiaire n'est pas libératoire vis-à-vis de l'assureur.

Les primes sont dues aux dates ('échéances') fixées dans le Certificat personnel, mais au plus tard jusqu'à la date terme antérieure (voir 4.2) ou jusqu'au décès antérieur de l'affilié (voir aussi 4.2 pour la circonstance où la date effective de mise à la retraite de l'affilié n'interviendrait qu'après la date terme prévue et, entre autres, aussi 4.9 pour d'autres circonstances qui peuvent entraîner la cessation anticipée du paiement des primes).

Si le preneur d'assurance paie les primes par domiciliation SEPA et fait usage de son droit de recouvrement dans le cadre de la législation SEPA, les primes ainsi recouvrées et remboursées sont qualifiées comme n'ayant jamais été payées, ce qui n'empêche pas pour autant l'affilié de réclamer au preneur d'assurance le paiement des primes ainsi recouvrées par ce dernier (voir aussi 4.10). La partie du montant recouvré qui avait intégré les réserves de pension, en est alors extraite. En ce qui concerne la partie ayant été convertie en unités d'un fonds d'investissement de la branche 23 (voir 2.4.1), cela s'opère en reconvertissant les unités concernées en montants monétaires selon les principes contenus dans le point 2.8 ci-avant. Si ce montant est insuffisant pour rembourser le montant recouvré au preneur d'assurance, l'assureur peut réclamer le montant manquant au preneur d'assurance à titre de dédommagement.

4.6 Flux d'informations

4.6.1 Lors de l'affiliation

L'assureur remet à l'affilié sur simple demande les documents contractuels qui régissent le fonctionnement du contrat EIP.

L'assureur émet un Certificat personnel destiné au preneur d'assurance, qui transmet sans délai ce document à l'affilié. Le preneur d'assurance et l'affilié sont censés marquer intégralement leur accord sur le contenu du Certificat personnel, sauf s'ils ont fait part de leurs remarques par écrit à l'assureur dans les 30 jours après qu'il ait été délivré.

4.6.2 En cours d'affiliation

L'affilié communique immédiatement et spontanément au preneur d'assurance et à l'assureur toute modification de sa situation personnelle (comme son état civil) qui est pertinente pour la gestion, l'adaptation et l'exécution du contrat EIP. Le preneur d'assurance fournit quant à lui immédiatement et spontanément à l'assureur tous les renseignements nécessaires pour la gestion, l'adaptation et l'exécution du contrat EIP.

En particulier, le preneur d'assurance et/ou l'affilié communique(nt) à l'assureur, en vue du contrôle des limitations fiscales, toute modification de l'état civil et de la rémunération ou du mode de rémunération (comme sa périodicité) de l'affilié, ainsi que toutes modifications à d'autres plans de pension du 'deuxième pilier' dont bénéficie ou a bénéficié l'affilié, y compris la conclusion de nouveaux plans de pension du 'deuxième pilier'. A défaut de communication de ces données, l'assureur considère que la rémunération de l'affilié est suffisante ou a suffisamment augmenté au regard de ces limitations fiscales, que le mode de rémunération et l'état civil de l'affilié sont demeurés inchangés, et que les données afférentes aux éventuels autres plans de pension du 'deuxième pilier' sont toujours d'actualité.

Au moins une fois par an, l'assureur émet une 'fiche de pension' (également appelée 'relevé des droits à retraite') avec des données actualisées pour l'affilié. Elle lui est remise directement par l'assureur ou par le preneur d'assurance, si ce dernier le demande. En cas de modification apportée au contrat EIP, l'assureur émet un Certificat personnel actualisé destiné au preneur d'assurance, qui transmet sans délai ce document à l'affilié (le dernier certificat délivré remplace toujours le précédent). Le preneur d'assurance et l'affilié sont censés marquer intégralement leur accord sur le contenu de la fiche de pension et du Certificat personnel (actualisé), sauf s'ils ont fait part de leurs remarques par écrit à l'assureur dans les 30 jours après que le document concerné ait été délivré.

Si l'affilié en fait la demande, l'assureur lui remet un aperçu des réserves. L'affilié peut également consulter la situation des réserves via www.mypension.be.

4.6.3 En cas de départ ou de décès de l'affilié

Dès qu'il en a connaissance, le preneur d'assurance informe l'assureur du départ de l'affilié (voir 4.9) ou du décès de l'affilié.

4.6.4 Poursuite individuelle de la couverture 'rente en cas d'incapacité de travail'

Le preneur d'assurance (ou en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance) a, en vertu de l'article 208 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, dans les circonstances qui y sont visées et sous les conditions qui y sont fixées, l'obligation d'informer l'affilié au plus tard dans les 30 jours suivant la perte de la couverture 'rente en cas d'incapacité de travail' (voir 3.3.1), de son droit de poursuite individuelle de cette couverture, avec indication du moment précis de la perte de cette couverture, du délai de 30 jours dont dispose l'affilié pour exercer son droit de poursuite individuelle (avec la possibilité d'en prolonger ce délai de 30 jours supplémentaires moyennant avis à l'assureur) et des coordonnées de l'assureur.

4.6.5 Mise à la retraite de l'affilié après la date terme prévue

S'il devient probable que l'affilié ne prendra sa pension de retraite légale qu'après la date terme prévue indiquée dans le Certificat personnel, il y a des obligations de communication spécifiques (voir 4.2).

4.6.6 Autres informations

Les flux d'information précités valent sans préjudice d'autres obligations d'information prévues dans les Conditions générales ou dans d'autres documents, ou qui émanent de dispositions légales (voir aussi 7.5).

4.7 Financement d'opérations immobilières

L'affilié peut faire affecter le contrat EIP en garantie du financement de biens immobiliers, étant entendu qu'une avance, la mise en gage des droits de pension pour sûreté d'un emprunt et l'affectation de la valeur de rachat à la reconstitution d'un crédit hypothécaire (y compris une cession de droits à un tiers) ne peuvent être consenties que pour permettre à l'affilié d'acquiescer, de construire, d'améliorer, de restaurer ou de transformer des biens immobiliers situés dans l'Espace économique européen qui produisent des revenus imposables. En outre, les avances et les emprunts ou crédits doivent être remboursés dès que les biens précités sortent du patrimoine de l'affilié.

Tant que l'affilié est actif comme dirigeant d'entreprise indépendant auprès du preneur d'assurance, les documents consacrant les opérations précitées sont également signés par le preneur d'assurance. L'affilié peut obtenir les conditions, les limitations et les modalités y relatives auprès de l'assureur par l'intermédiaire du preneur d'assurance. L'attention est attirée sur le fait que l'affectation du contrat EIP au financement d'opérations immobilières peut impliquer que les réserves (en cas de départ) ne puissent être transférées et/ou rachetées par l'affilié et que l'assureur puisse lui-même mettre fin à des couvertures de risque avant que les réserves concernées ne soient épuisées (voir aussi 2.6.1, 4.10.3 et 5.3.1).

4.8 Versement en rente

Le capital-pension ou le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié peut, après imputation des éventuel(le)s retenues légales, chargements, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), être convertis en une rente viagère sur demande écrite de l'affilié.

Sans préjudice de l'application de dispositions impératives en la matière, le montant de la rente est fixé sur la base des tarifs (garantis ou non) que l'assureur applique en la matière à la date à laquelle la rente prend cours, en tenant compte d'une indexation annuelle de 2% par progression géométrique et, en ce qui concerne le capital-pension ou le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié, d'une réversibilité de cette rente.

La réversibilité implique que lors du décès de l'affilié après la date à laquelle la rente a pris cours, son paiement se poursuit à titre viager à concurrence de 80% en faveur du partenaire de l'affilié (qui était déjà son partenaire à la date à laquelle la rente initiale a pris cours). Est considérée comme partenaire, la personne avec qui l'affilié est marié et non séparé de corps et de biens ou, à défaut, la personne avec qui l'affilié 'cohabite légalement' selon les articles 1475 et suivants du Code civil ou selon une législation étrangère similaire.

En cas de demande de conversion du capital-pension ou de la valeur de rachat en rente viagère comme indiqué ci-dessus, l'assureur a toutefois le droit de transférer ce capital-pension ou cette valeur de rachat à un autre organisme de pension qui prend à sa charge toutes les obligations de rente et ce, dans le respect des éventuelles dispositions impératives en la matière. Le preneur d'assurance marque son accord sur cette possibilité de transfert. En cas d'un tel transfert, l'assureur est délié de toute obligation afférente à la rente et à son versement.

4.9 Départ de l'affilié

Il est immédiatement mis fin au paiement des primes à partir du départ de l'affilié (quelles qu'en soient les circonstances) avant la date terme. Par départ, il faut entendre la cessation de l'activité de l'affilié comme dirigeant d'entreprise indépendant du preneur d'assurance, et ce même si l'intéressé reste ou devient actif auprès du preneur d'assurance en une autre qualité, par exemple comme travailleur salarié.

Dès la date de départ de l'affilié, la gestion du contrat EIP se poursuit sous forme de 'contrat d'entreprise non-transféré engagement individuel de pension' (voir 5).

4.10 Modification et cessation ou abrogation du contrat EIP / non-paiement des primes / impact sur les couvertures de risque

4.10.1 Droit conditionnel de modification et de cessation ou d'abrogation du contrat EIP

Le preneur d'assurance peut modifier le contrat EIP (et l'engagement de pension sous-jacent) ou y mettre fin / l'abroger, à l'aide d'une 'demande de modification' et dans le respect des dispositions légales et des éventuelles autres dispositions contractuelles et statutaires y afférentes. La cessation ou abrogation du contrat EIP implique la cessation du paiement des primes convenues pour le futur.

Bien que le paiement des primes ne soit pas obligatoire dans les rapports entre le preneur d'assurance et l'assureur, la diminution ou la cessation / l'abrogation unilatérale du contrat EIP (et de l'engagement de pension sous-jacent) par le preneur d'assurance vis-à-vis de l'affilié n'est en outre possible que si au moins l'une des circonstances suivantes se produit :

- en cas d'instauration de nouvelles dispositions légales, directives des autorités de contrôle ou autres mesures, en cas de développements jurisprudentiels et/ou en présence de toute situation de fait qui engendre(nt) ou est/sont susceptible(s) d'engendrer directement ou indirectement une augmentation du coût du contrat EIP pour le preneur d'assurance;
- si les primes ne sont pas ou ne sont plus fiscalement déductibles pour le preneur d'assurance;
- lorsque l'affilié ne bénéficie plus auprès du preneur d'assurance d'une rémunération dite 'régulière et au moins mensuelle' au sens de l'article 38, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 19^o du Code des impôts sur les revenus;
- lorsque la législation en matière de sécurité sociale, que le contrat EIP vise à compléter, subirait de profondes modifications;
- lorsque, suite à des évolutions économiques internes ou externes à l'entreprise, le maintien du contrat EIP (sous sa forme inchangée) ne serait, selon l'avis motivé du preneur d'assurance, plus en adéquation avec une gestion saine de son entreprise.

Dans les circonstances susvisées, le preneur d'assurance peut aussi opérer lui-même, sans le consentement de l'affilié mais de manière proportionnée, des modifications au niveau des couvertures de risque et des modes de placement (voir aussi 2.4.2), même en ce qui concerne les réserves de pension déjà constituées.

Le preneur d'assurance informe toujours préalablement l'affilié de toute modification ou de la cessation / l'abrogation du contrat EIP, et en informe également l'assureur. L'assureur peut aussi en informer directement l'affilié après en avoir été lui-même informé par le preneur d'assurance. Toute modification apportée au contrat EIP requiert en principe l'accord de l'assureur.

L'assureur considère qu'en cas de demande du preneur d'assurance d'apporter une modification qui entraîne une diminution du contrat EIP ou en cas de communication par le preneur d'assurance de sa décision de cessation ou d'abrogation du contrat EIP, la diminution ou la cessation / l'abrogation du contrat EIP intervient ou est intervenue dans les circonstances précitées ou avec le consentement de l'affilié et dans le respect de toutes les dispositions légales et des éventuelles autres dispositions contractuelles et statutaires y afférentes,

ou que le preneur d'assurance a confié l'exécution future de son engagement de pension vis-à-vis de l'affilié, avec le consentement de ce dernier et dans le respect de toutes les dispositions légales et des éventuelles autres dispositions contractuelles et statutaires y afférentes, à un autre organisme de pension agréé.

La modification ou la cessation / l'abrogation du contrat EIP ne peut pas porter atteinte ni au caractère acquis pour l'affilié des réserves du contrat EIP constituées par les primes déjà payées jusqu'au moment de la modification ou de la cessation / l'abrogation, ni au fait que l'affilié est aussi en droit, dans ses rapports avec le preneur d'assurance et dans le respect des règles légales en matière de prescription, de réclamer au preneur d'assurance le paiement des éventuelles primes encore dues à son égard, mais pas encore payées au moment de la modification ou cessation / abrogation du contrat EIP.

4.10.2 Non-paiement des primes sans avis de cessation ou d'abrogation du contrat EIP

Si des arriérés de primes sont constatés sans que le preneur d'assurance n'ait adressé d'avis de cessation ou d'abrogation du contrat EIP à l'assureur (voir 4.10.1), ce dernier envoie une mise en demeure au preneur d'assurance. L'assureur peut aussi toujours en informer directement l'affilié.

Si des arriérés de primes portant sur une durée de six mois sont constatés sans que le preneur d'assurance n'ait adressé d'avis de cessation ou d'abrogation du contrat EIP à l'assureur, ce dernier peut, dans le cadre de la poursuite de la gestion du contrat EIP dans ses rapports avec le preneur d'assurance et l'affilié, considérer que ces arriérés de primes ne seront plus apurés et que le preneur d'assurance ne versera pas davantage les primes futures. L'assureur ne réclamera dès lors plus de primes au preneur d'assurance.

Les dispositions précitées ne portent cependant aucunement atteinte au droit de l'affilié de (continuer de) réclamer, dans ses rapports avec le preneur d'assurance et dans le respect des règles légales en matière de prescription, à ce dernier le paiement des primes encore dues mais pas encore payées à son égard.

L'assureur informe tant le preneur d'assurance que l'affilié de la circonstance d'arriérés de primes portant sur une durée de six mois, ainsi que des conséquences que cela entraîne.

4.10.3 Impact sur les couvertures de risque

Dans les circonstances où il est mis fin au paiement des primes ou en cas d'arriérés de primes (voir 4.10.1 et 4.10.2), et ce sans préjudice des restrictions qui peuvent découler de la circonstance que le contrat EIP ait été affecté au financement d'opérations immobilières (voir 4.7), les primes de risque nécessaires au maintien de la couverture 'capital-décès' (voir 3.2) dans sa dernière situation assurée (montant (minimal) et période de couverture), continuent, dès la première échéance impayée, d'être soustraites des réserves (libres; voir 2.6.1) concernées du/des contrat(s) (conjoint(s)) jusqu'à épuisement de celles-ci. Après épuisement des réserves (libres), il est mis fin à la 'couverture décès supplémentaire' (voir 3.2.2), mais au plus tôt 30 jours après que l'assureur en ait informé le preneur d'assurance et l'affilié par lettre recommandée. Il est mis fin aux couvertures en cas d'incapacité de travail (voir 3.3) 30 jours après que l'assureur en ait informé le preneur d'assurance et l'affilié par lettre recommandée (voir cependant le point 3.3.4.4 ci-avant en ce qui concerne l'exonération de primes 'endogène' pour les couvertures en cas d'incapacité de travail).

4.10.4 Réserves manquantes et rendements manqués sur placements

L'assureur ne peut jamais être tenu pour responsable d'éventuelles réserves manquantes et/ou d'éventuels rendements manqués sur placements en raison du non-paiement des primes ou du paiement tardif des primes par le preneur d'assurance.

4.11 Rachat des réserves

4.11.1 Versement de la valeur de rachat à l'affilié

Dans les circonstances où la législation l'autorise (sur pied de la législation actuelle, c'est entre autres le cas à partir de la date à laquelle l'affilié atteint l'âge légal de la pension ou à partir de la date à laquelle il satisfait aux conditions pour obtenir sa pension de retraite anticipée de travailleur indépendant) et sans préjudice des restrictions qui peuvent découler de la circonstance que le contrat ait été affecté au financement d'opérations immobilières (voir 4.7), l'affilié peut opérer le rachat du contrat EIP (voir aussi 2.5.2.2), mais uniquement après son départ (voir 4.9 et 5.5). Il est rappelé qu'en cas de rachat, le contrat EIP et toutes les couvertures y afférentes prennent fin (voir 2.5.2.2).

4.11.2 Versement de la valeur de rachat à un tiers

Dans le cadre de l'affectation de l'engagement individuel de pension au financement d'opérations immobilières (voir 4.7), il se peut que le droit de rachat soit cédé (sous conditions) à un tiers. Il en est, le cas échéant, fait état dans la demande d'avance ou dans l'avenant de mise en gage ou d'adjonction.

4.11.3 Résiliation ou rachat par le preneur d'assurance

En raison des 'droits acquis' conférés à l'affilié sur le contrat EIP (voir 4.3), le preneur d'assurance n'est pas en droit de résilier à son profit le contrat EIP au sens du point 2.5.2.1 ou de racheter à son profit le contrat EIP au sens du point 2.5.2.2.

Dans le respect des dispositions légales y afférentes et sans préjudice des restrictions qui peuvent découler de la circonstance que le contrat ait été affecté au financement d'opérations immobilières (voir 4.7), le preneur d'assurance peut cependant résilier ou racheter le contrat EIP dans son intégralité, mais uniquement au profit de l'affilié et avec le consentement de ce dernier, dans le but de transférer les réserves du contrat EIP vers un autre organisme de pension agréé.

4.12 Provision de pension interne transférée

Il se peut qu'un contrat EIP cadre dans l'externalisation totale ou partielle, en une fois ou de manière échelonnée, d'une provision de pension interne constituée dans le passé par le preneur d'assurance en vertu d'une promesse de pension dite 'sous seing privé', au sens de l'article 515septies du Code des impôts sur les revenus. Eu égard au fait qu'une telle opération présente certaines caractéristiques propres sur le plan (para)fiscal qui dérogent à celles d'un contrat EIP 'ordinaire' (comme l'exonération de taxe sur primes sur pied de l'article 176², 13° du Code des droits et taxes divers) et qui ont ainsi des implications de gestion pour l'assureur, ce type de contrat est géré distinctement sous l'appellation de 'provision de pension interne transférée'.

Afin de bénéficier du régime de faveur sur le plan (para)fiscal qui est propre au contrat 'provision de pension interne transférée' précité, le preneur d'assurance doit déclarer par écrit que toutes les primes afférentes à ce contrat cadrent bien dans l'externalisation d'une provision de pension interne. L'assureur se fera indemniser par le preneur d'assurance et/ou l'affilié pour tout dommage encouru suite à des déclarations inexactes à ce sujet.

Pour le reste, les dispositions qui valent pour le 'contrat EIP' s'appliquent de la même manière au contrat 'provision de pension interne transférée'.

4.13 Réserves transférées

Il se peut que l'affilié souhaite transférer vers l'assureur des réserves acquises provenant d'un plan de prévoyance dont il bénéficiait en raison d'une activité professionnelle antérieure à titre de dirigeant d'entreprise indépendant auprès d'une autre entreprise. Ces réserves transférées sont gérées sous forme de contrat transféré (voir 5), le cas échéant conjoint avec le contrat EIP (voir 2.6.2).

4.14 Législation applicable et dispositions fiscales

Le contrat EIP est régi par la législation belge relative aux assurances-vie et aux assurances complémentaires en général et aux engagements individuels de pension pour dirigeants d'entreprise indépendants en particulier (voir aussi 4.1). Si le preneur d'assurance est établi en dehors de la Belgique, les parties optent expressément, si la loi l'autorise ainsi, pour l'application du droit belge.

L'assureur considère toujours que le preneur d'assurance a, lors de l'instauration, de l'application, de l'exécution, de la modification ou de la cessation du contrat EIP, respecté toutes les conditions, formalités et procédures légales et contractuelles y afférentes dans ses rapports avec l'affilié et les tiers. L'assureur peut se faire indemniser par le preneur d'assurance de toute forme de dommage et de tous les frais qu'il encourt pour cause de non-respect des dispositions légales et des engagements contractuels par le preneur d'assurance.

Le régime fiscal du contrat EIP est synthétisé dans la 'fiche info deuxième pilier' concernant 'l'engagement individuel de pension pour dirigeants d'entreprise indépendants' qui a été communiquée au preneur d'assurance avant la conclusion du contrat EIP. Une version actualisée de la 'fiche info deuxième pilier', ce au cas où le régime fiscal du contrat EIP aurait entretemps subi des modifications, peut être consultée sur www.acm.be. Pour de plus amples renseignements concernant le régime fiscal applicable, les intéressés peuvent s'adresser à l'assureur. La responsabilité de l'assureur ne peut cependant aucunement être engagée si certains avantages fiscaux escomptés n'étaient ou ne pouvaient être obtenus ou si une pression (para-)fiscale

inattendue grevait les primes, les réserves, les valeurs représentatives des réserves, le rendement sur les réserves ou les versements.

Pour l'application des limitations fiscales en matière d'octroi d'avantages fiscaux sur les primes en fonction du montant du capital-pension, il est tenu compte de toutes les années de service prestées (et y assimilées) par l'affilié auprès du preneur d'assurance et de son (ses) éventuel(s) prédécesseur(s) en droit, le cas échéant, sauf indication contraire dans le calcul de la limite des 80% qui est joint au Certificat personnel, majorées du nombre maximal, tel qu'admis sur le plan fiscal, d'années de service prestées (et y assimilées) antérieurement par l'affilié auprès d'une ou plusieurs autres entreprises que celle du preneur d'assurance (et son (ses) éventuel(s) prédécesseur(s) en droit).

La couverture 'rente en cas d'incapacité de travail' (voir 3.3.1) a pour but de compenser une perte de revenus du travail et constitue par conséquent un engagement individuel tel que visé à l'article 52, 3°, b, 4^{ème} tiret du Code des impôts sur les revenus, à savoir un engagement qui doit être considéré comme un complément aux indemnités légales en cas d'incapacité de travail par suite d'un accident du travail ou d'un accident ou bien d'une maladie professionnelle ou d'une maladie.

4.15 Bonne foi et équité

Le preneur d'assurance règle - dans le respect de la législation éventuellement applicable - les questions qui se posent dans ses rapports avec l'affilié et qui ne sont pas explicitement traitées par le contrat EIP et l'engagement de pension sous-jacent ou qui seraient sujettes à interprétation. Si l'assureur est une partie intéressée dans ce cadre, cela se passe toujours en concertation avec lui. Le règlement de questions de ce type doit toujours intervenir dans les limites et dans le respect de la bonne foi, de l'équité, du raisonnable et de l'esprit des dispositions légales et contractuelles afférentes au contrat EIP et à l'engagement de pension sous-jacent.

5 FONCTIONNEMENT DES CONTRATS TRANSFERES ET NON-TRANSFERES

5.1 Contexte

Le point 5 s'applique :

- au contrat d'entreprise transféré engagement individuel de pension ou assurance de groupe (également appelé 'contrat transféré');
- au contrat d'entreprise non-transféré engagement individuel de pension (également appelé 'contrat non-transféré').

Un contrat transféré est un contrat dont les réserves sont acquises par l'affilié du chef d'une activité professionnelle antérieure en qualité de dirigeant d'entreprise indépendant auprès d'une autre entreprise, dans le cadre d'un plan de prévoyance dont il y bénéficiait et où l'affilié a décidé de transférer ces réserves vers l'assureur. Ces contrats sont subdivisés selon leur provenance (assurance de groupe ou engagement individuel de pension) et selon d'autres critères pertinents sur le plan juridique et fiscal.

Le contrat non-transféré concerne la poursuite du contrat EIP conclu avec l'assureur, et ce à partir du départ de l'affilié auprès du preneur d'assurance avant la date terme (voir 4.9).

5.2 Contrat transféré

Un contrat transféré entre en vigueur à la date du transfert, celle-ci étant la date valeur des réserves transférées sur le compte bancaire de l'assureur. L'affilié intervient comme preneur d'assurance du contrat transféré, sans intervention aucune de l'ancienne entreprise ou de l'éventuelle nouvelle société au sein de laquelle il est actif.

Les réserves transférées sont, après retenue d'éventuels chargements d'entrée, affectées à la constitution de réserves de pension.

Sauf s'il en est convenu autrement, les réserves de pension sont affectées aux couvertures suivantes :

- capital-pension : versement des réserves de pension à l'affilié s'il est en vie à la date terme (la date terme est la date effective de mise à la retraite au sens de l'article 35, 18° de la loi du 15 mai 2014 portant des dispositions diverses, à savoir la date de prise de cours effective de la pension de retraite de l'affilié relative à l'activité professionnelle qui a donné lieu à la constitution du capital-pension);
- capital-décès : versement des réserves de pension aux bénéficiaires en cas de décès de l'affilié avant la date terme. L'affilié peut modifier le(s) bénéficiaire(s) et/ou l'ordre de priorité des bénéficiaires par un écrit (l'assureur ne tient compte de cet écrit de l'affilié que si cet écrit lui est parvenu avant qu'il n'ait procédé au paiement du capital-décès).

Si une 'couverture décès supplémentaire' (voir 3.2.2) a été convenue, les primes de risque requises sont soustraites des réserves (libres; voir 2.6.1) du/des contrat(s) (conjoint) jusqu'à épuisement de celles-ci. Après épuisement de ces réserves (libres), il est mis fin à la 'couverture décès supplémentaire', mais au plus tôt 30 jours après que l'assureur en ait informé l'affilié par envoi recommandé.

Tout bénéficiaire peut accepter le bénéfice de la couverture 'capital-décès' dès avant son exigibilité, moyennant un avenant au Certificat personnel signé par lui, l'affilié et l'assureur. L'acceptation du bénéfice a, sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, entre autres pour effet que la révocation et la modification de la désignation bénéficiaire, le rachat, l'obtention d'une avance, la mise en gage des droits de pension, l'affectation de la valeur de rachat à la reconstitution d'un crédit hypothécaire et la cession des droits requièrent l'accord écrit du bénéficiaire acceptant.

Dès qu'il devient probable que l'affilié ne prendra sa pension de retraite légale qu'après la date terme prévue, telle qu'indiquée dans le Certificat personnel, il doit en informer l'assureur et demander à l'assureur le report de la date terme prévue. Si l'affilié souhaite prolonger l'éventuelle 'couverture décès supplémentaire' (voir 3.2.2), il s'informe préalablement auprès de l'assureur pour savoir si et sous quelles conditions et modalités (primes de risque, surprimes, formalités médicales, seuils d'âge, ...) l'assureur est disposé à accepter la prolongation de cette couverture de risque.

Dès lors qu'il apparaît que la date effective de mise à la retraite de l'affilié est postérieure à la date terme prévue, alors que la date terme prévue n'a pas été reportée et que le contrat n'est pas racheté, les dispositions suivantes s'appliquent, comme elles découlent d'ailleurs aussi du Certificat personnel :

- à compter de la date terme prévue, les modes de placement de la branche 21 (voir 2.4.1) sont, le cas échéant, modifiés comme indiqué dans la/les fiche(s) de mode de placement concernée(s);
- à compter de la date terme prévue, l'assureur ne soustrait plus de primes de risque des réserves du contrat transféré pour l'éventuelle 'couverture décès supplémentaire' (voir 3.2.2) en vigueur jusqu'alors, ce qui implique que cette couverture prend fin automatiquement et sans aucune autre formalité à la date terme prévue, si bien que le capital-décès se limite à partir de ce moment au montant des réserves;
- en cas de rachat à la date terme prévue ou après la date terme prévue, l'indemnité de rachat visée au point 2.5.2.2 n'est pas appliquée.

Si la date terme prévue est reportée, le contrat transféré se poursuit. L'assureur émet à cette occasion un nouveau Certificat personnel. Sauf s'il en a été convenu autrement et si le Certificat personnel l'indique comme tel, cette continuation du contrat transféré jusqu'à la nouvelle date terme prévue n'implique cependant pas que l'assureur continue de soustraire les primes de risque pour la 'couverture décès supplémentaire' (voir 3.2.2) aux réserves du contrat transféré et que cette couverture serait ainsi maintenue après la date terme prévue initiale, et n'implique pas non plus que le mode de placement appliqué jusqu'à la date terme prévue initiale se poursuive (de manière inchangée) jusqu'à la nouvelle date terme prévue. En cas de rachat entre la date terme prévue initiale et la nouvelle date terme prévue, l'indemnité de rachat visée au point 2.5.2.2 n'est pas appliquée.

Si la date effective de mise à la retraite de l'affilié était également postérieure à la nouvelle date terme prévue, les dispositions précitées s'appliquent de manière itérative.

5.3 Contrat non-transféré

5.3.1 Fonctionnement général

Dès le départ de l'affilié avant la date terme au sens du point 4.9 ci-avant, la gestion du contrat EIP se poursuit sous forme de 'contrat non-transféré'. Ceci implique essentiellement les éléments suivants.

- Il n'est porté en compte aucun frais et aucune indemnité à l'occasion de la gestion poursuivie du contrat EIP sous forme de 'contrat non-transféré'.
- Le 'contrat non-transféré' reste conjoint avec d'autres contrats avec lesquels le contrat EIP était déjà conjoint avant sa gestion poursuivie sous forme de 'contrat non-transféré' (voir 2.6.2).
- Sans préjudice des restrictions qui peuvent découler de la circonstance que le contrat ait été affecté au financement d'opérations immobilières (voir 4.7 et 5.6), les primes de risque nécessaires au maintien de la couverture 'capital-décès' (voir 3.2) dans sa dernière situation assurée dans le cadre du contrat EIP (montant (minimal) et période de couverture), continuent d'être soustraites des réserves (libres; voir 2.6.1) du/des contrat(s) (conjoint(s)) jusqu'à épuisement de celles-ci. Après épuisement des réserves (libres), il est mis fin à la 'couverture décès supplémentaire' (voir 3.2.2), mais au plus tôt 30 jours après que l'assureur en ait informé l'affilié par lettre recommandée. Il est mis fin aux couvertures en cas d'incapacité de travail (voir 3.3) 30 jours après que l'assureur en ait informé l'affilié par lettre recommandée (voir cependant le point 3.3.4.4 ci-avant en ce qui concerne l'exonération de primes 'endogène' pour les couvertures en cas d'incapacité de travail et le point 4.6.4 ci-avant concernant le droit de poursuite individuelle de la couverture 'rente en cas d'incapacité de travail').
- La 'date terme prévue' et la 'date terme' telles qu'elles valaient pour le contrat EIP (voir 4.2), valent de manière inchangée dans le cadre du 'contrat non-transféré' (voir cependant aussi le point 5.3.2 ci-après).
- Les bénéficiaires des couvertures qui sont maintenues demeurent inchangés.
- Les réserves (résiduelles) sont versées à l'affilié comme capital-pension s'il est en vie à la date terme (la date terme est la date effective de mise à la retraite au sens de l'article 35, 18° de la loi du 15 mai 2014 portant des dispositions diverses, à savoir la date de prise de cours effective de la pension de retraite de l'affilié relative à l'activité professionnelle qui a donné lieu à la constitution du capital-pension).
- Les modes de placement des réserves demeurent inchangés.
- La structure des chargements et des tarifs demeure inchangée.

Les dispositions concernant les bénéficiaires dans le cadre du contrat EIP (voir 4.4) restent applicables au 'contrat non-transféré', si ce n'est que la signature par le preneur d'assurance du contrat EIP de l'éventuel avenant d'acceptation de la désignation bénéficiaire n'est plus requise.

Sans préjudice des restrictions qui peuvent découler de la circonstance que le contrat ait été affecté au financement d'opérations immobilières (voir 4.7 et 5.6), l'affilié a la possibilité de faire modifier les couvertures

(sous réserve des critères d'acceptation de l'assureur et dans les limites des réserves (libres) constituées) et/ou de choisir d'autres modes de placement qu'offre l'assureur.

5.3.2 Régime spécifique si la date terme tombe après la date terme prévue

Dès qu'il devient probable que l'affilié ne prendra sa pension de retraite légale qu'après la date terme prévue, telle qu'indiquée dans le Certificat personnel, il doit en informer l'assureur et demander à l'assureur le report de la date terme prévue. Si l'affilié souhaite prolonger l'éventuelle 'couverture décès supplémentaire' (voir 3.2.2), il s'informe préalablement auprès de l'assureur pour savoir si et sous quelles conditions et modalités (primes de risque, surprimes, formalités médicales, seuils d'âge, ...) l'assureur est disposé à accepter la prolongation de cette couverture de risque.

Dès lors qu'il apparaît que la date effective de mise à la retraite de l'affilié est postérieure à la date terme prévue, alors que la date terme prévue n'a pas été reportée et que le contrat n'est pas racheté, les dispositions suivantes s'appliquent, comme elles découlent d'ailleurs aussi du Certificat personnel :

- à compter de la date terme prévue, les modes de placement de la branche 21 (voir 2.4.1) sont, le cas échéant, modifiés comme indiqué dans la/les fiche(s) de mode de placement concernée(s);
- à compter de la date terme prévue, l'assureur ne soustrait plus de primes de risque des réserves du contrat non-transféré pour l'éventuelle 'couverture décès supplémentaire' (voir 3.2.2) en vigueur jusqu'alors, ce qui implique que cette couverture prend fin automatiquement et sans aucune autre formalité à la date terme prévue, si bien que le capital-décès se limite à partir de ce moment au montant des réserves;
- en cas de rachat à la date terme prévue ou après la date terme prévue, l'indemnité de rachat visée au point 2.5.2.2 n'est pas appliquée.

Si la date terme prévue est reportée, le contrat non-transféré se poursuit. L'assureur émet à cette occasion un nouveau Certificat personnel. Sauf s'il en a été convenu autrement et si le Certificat personnel l'indique comme tel, cette continuation du contrat non-transféré jusqu'à la nouvelle date terme prévue n'implique cependant pas que l'assureur continue de soustraire les primes de risque pour la 'couverture décès supplémentaire' (voir 3.2.2) aux réserves du contrat non-transféré et que cette couverture serait ainsi maintenue après la date terme prévue initiale, et n'implique pas non plus que le mode de placement appliqué jusqu'à la date terme prévue initiale se poursuive (de manière inchangée) jusqu'à la nouvelle date terme prévue. En cas de rachat entre la date terme prévue initiale et la nouvelle date terme prévue, l'indemnité de rachat visée au point 2.5.2.2 n'est pas appliquée.

Si la date effective de mise à la retraite de l'affilié était également postérieure à la nouvelle date terme prévue, les dispositions précitées s'appliquent de manière itérative.

5.4 Transfert vers un autre organisme de pension

Sans préjudice des restrictions qui peuvent découler de la circonstance que le contrat ait été affecté au financement d'opérations immobilières (voir 4.7 et 5.6), l'affilié peut opérer le rachat des réserves du/des contrat(s) transféré(s) et/ou non-transféré(s) par voie de transfert vers un autre organisme de pension agréé (voir aussi 2.5.2.2).

Sauf dans les circonstances où la législation autorise le versement de la valeur de rachat à l'affilié (voir 5.5) et sans préjudice des restrictions qui peuvent découler de la circonstance que le contrat transféré ait été affecté au financement d'opérations immobilières (voir 5.6), la résiliation d'un contrat transféré (voir 2.5.2.1) ne peut s'envisager que dans le seul but de transférer les réserves du contrat transféré vers un autre organisme de pension agréé.

5.5 Versement de la valeur de rachat à l'affilié ou à un tiers

Dans les circonstances où la législation l'autorise (sur pied de la législation actuelle, c'est entre autres le cas à partir de la date à laquelle l'affilié atteint l'âge légal de la pension ou à partir de la date à laquelle il satisfait aux conditions pour obtenir sa pension de retraite anticipée de travailleur indépendant) et sans préjudice des restrictions qui peuvent découler de la circonstance que le contrat ait été affecté au financement d'opérations immobilières (voir 4.7 et 5.6), l'affilié peut opérer le rachat du/des contrat(s) transféré(s) et/ou non-transféré(s) (voir aussi 2.5.2.2).

Dans le cadre de l'affectation du/des contrat(s) transféré(s) et/ou non-transféré(s) au financement d'opérations immobilières (voir 5.6), il se peut que le droit de rachat soit cédé (sous conditions) à un tiers. Il en est, le cas échéant, fait état dans la demande d'avance ou dans l'avenant de mise en gage ou d'adjonction.

5.6 Financement d'opérations immobilières

L'affilié peut faire affecter le(s) contrat(s) transféré(s) et/ou non-transféré(s) en garantie du financement de biens immobiliers, étant entendu qu'une avance, la mise en gage des droits de pension pour sûreté d'un emprunt et l'affectation de la valeur de rachat à la reconstitution d'un crédit hypothécaire (y compris une cession de droits à un tiers) ne peuvent être consenties que pour permettre à l'affilié d'acquérir, de construire, d'améliorer, de restaurer ou de transformer des biens immobiliers situés dans l'Espace économique européen qui produisent des revenus imposables. En outre, les avances et les emprunts ou crédits doivent être remboursés dès que les biens précités sortent du patrimoine de l'affilié.

L'affilié peut obtenir les conditions, les limitations et les modalités y relatives auprès de l'assureur. L'attention est attirée sur le fait que l'affectation du (des) contrat(s) transféré(s) et/ou non-transféré(s) au financement d'opérations immobilières peut impliquer que les réserves ne puissent être transférées et/ou rachetées par l'affilié (voir 5.4 et 5.5) et que l'assureur puisse lui-même mettre fin à des couvertures de risque avant que les réserves concernées ne soient épuisées (voir aussi 2.6.1, 5.2 et 5.3.1).

5.7 Versement en rente

Le capital-pension ou le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié peut, après imputation des éventuel(le)s retenues légales, chargements, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), être convertis en une rente viagère sur demande écrite de l'affilié.

Sans préjudice de l'application de dispositions impératives en la matière, le montant de la rente est fixé sur la base des tarifs (garantis ou non) que l'assureur applique en la matière à la date à laquelle la rente prend cours, en tenant compte d'une indexation annuelle de 2% par progression géométrique et, en ce qui concerne le capital-pension ou le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié, d'une réversibilité de cette rente. La réversibilité implique que lors du décès de l'affilié après la date à laquelle la rente a pris cours, son paiement se poursuit à titre viager à concurrence de 80% en faveur du partenaire de l'affilié (qui était déjà son partenaire à la date à laquelle la rente initiale a pris cours). Est considérée comme partenaire, la personne avec qui l'affilié est marié et non séparé de corps et de biens ou, à défaut, la personne avec qui l'affilié 'cohabite légalement' selon les articles 1475 et suivants du Code civil ou selon une législation étrangère similaire.

En cas de demande de conversion du capital-pension ou de la valeur de rachat en rente viagère comme indiqué ci-dessus, l'assureur a toutefois le droit de transférer ce capital-pension ou cette valeur de rachat à un autre organisme de pension qui prend à sa charge toutes les obligations de rente et ce, dans le respect des éventuelles dispositions impératives en la matière. Le preneur d'assurance marque son accord sur cette possibilité de transfert. En cas d'un tel transfert, l'assureur est délié de toute obligation afférente à la rente et à son versement.

5.8 Certificat personnel et fiche de pension annuelle ('relevé des droits à retraite')

L'assureur établit lors de l'entrée en vigueur et lors de toute modification du/des contrat(s) transféré(s) et/ou non-transféré(s) un Certificat personnel (actualisé) qu'il remet à l'affilié (le dernier certificat délivré remplace toujours le précédent). L'assureur émet aussi annuellement une 'fiche de pension' (également appelée 'relevé des droits à retraite') qu'il remet à l'affilié.

En cas de jonction avec un contrat EIP (voir 2.6.2), les données du/des contrat(s) transféré(s) sont cependant intégrées dans le Certificat personnel et les fiches de pension de cet engagement individuel de pension qui sont remis directement à l'affilié ou par l'intermédiaire du preneur d'assurance.

L'affilié est censé marquer intégralement son accord sur le contenu de la fiche de pension et du Certificat personnel (actualisé), sauf s'il a fait part de ses remarques par écrit à l'assureur dans les 30 jours après que le document concerné ait été délivré par l'assureur.

Si l'affilié en fait la demande, l'assureur lui remet un aperçu des réserves. L'affilié peut également consulter la situation des réserves via www.mypension.be.

5.9 Législation applicable et dispositions fiscales

Les contrats transférés et non-transférés sont régis par la législation belge relative aux assurances-vie et aux assurances complémentaires en général et aux contrats transférés et non-transférés en particulier.

Le régime fiscal des contrats transférés et non-transférés correspond à celui du contrat EIP, qui est synthétisé dans la 'fiche info deuxième pilier' concernant 'l'engagement individuel de pension pour dirigeants d'entreprise indépendants' (voir 4.14), si ce n'est que dans le cadre des contrats transférés et non-transférés il n'y a plus de paiements de primes. Pour de plus amples renseignements concernant le régime fiscal applicable, les intéressés peuvent s'adresser à l'assureur. La responsabilité de l'assureur ne peut cependant aucunement être engagée si certains avantages fiscaux escomptés n'étaient ou ne pouvaient être obtenus ou si une pression (para-)fiscale inattendue grevait les réserves (transférées), les valeurs représentatives des réserves, le rendement sur les réserves, ou les versements.

6 FONCTIONNEMENT DE LA PENSION LIBRE COMPLEMENTAIRE POUR LES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS ('CONTRAT PLCI')

6.1 Contexte

Le point 6 s'applique au contrat 'pension libre complémentaire pour les travailleurs indépendants' (appelé également 'contrat PLCI') au sens de la section 4 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 et des arrêtés d'exécution y afférents, dont l'affilié, qui intervient également comme preneur d'assurance, a le statut social de travailleur indépendant.

Le contrat PLCI prévoit la constitution d'un 'capital-pension' pour l'affilié s'il est en vie à la date terme (voir 3.1 et 6.2) ou le versement d'un capital-décès au(x) bénéficiaire(s) (voir 6.4) en cas de décès de l'affilié avant la date terme (voir 3.2). En outre, le contrat PLCI peut aussi prévoir des couvertures en cas d'incapacité de travail en faveur de l'affilié (voir 3.3).

6.2 Entrée en vigueur / paiement des primes / date terme (prévue) / âge de retraite

Le contrat PLCI entre en vigueur à la date d'entrée en vigueur indiquée dans le Certificat personnel.

Le paiement des primes s'effectue sur le compte bancaire indiqué par l'assureur, avec mention des références communiquées, et ce sur la base de factures ou bordereaux émanant de l'assureur, ou éventuellement par domiciliation SEPA. L'assureur peut refuser tout autre mode de paiement. Le paiement de primes à un quelconque intermédiaire n'est pas libératoire vis-à-vis de l'assureur. Si le preneur d'assurance paie les primes par domiciliation SEPA et fait usage de son droit de recouvrement dans le cadre de la législation SEPA, les primes ainsi recouvrées et remboursées sont qualifiées comme n'ayant jamais été payées. La partie du montant recouvré qui avait intégré la réserve, en est alors extraite. En ce qui concerne la partie ayant été convertie en unités d'un fonds d'investissement de la branche 23 (voir 2.4.1), cela s'opère en reconvertissant les unités concernées en montants monétaires selon les principes contenus dans le point 2.8 ci-avant. Si ce montant est insuffisant pour rembourser le montant recouvré au preneur d'assurance, l'assureur peut réclamer le montant manquant au preneur d'assurance à titre de dédommagement.

Les primes sont dues aux dates ('échéances') fixées dans le Certificat personnel, mais au plus tard jusqu'à la date terme antérieure (voir ci-dessous) ou jusqu'au décès antérieur de l'affilié (voir aussi ci-dessous pour la circonstance où la date effective de mise à la retraite de l'affilié n'interviendrait qu'après la date terme prévue). Le paiement des primes n'est toutefois pas obligatoire, sauf si l'affilié s'y est obligé par un engagement autre que le contrat PLCI (comme dans le cadre d'un emprunt ou d'un crédit).

Par le paiement des primes, l'affilié confirme qu'il a accès au régime susvisé de la PLCI. Le montant de primes annuel s'élève au minimum à 100,00 euros et au maximum à 8,17% du revenu professionnel de référence fixé dans la législation visée au point 6.1 ci-dessus.

Dès qu'il en a connaissance, mais au plus tard dans le courant du mois de mars de chaque année, l'affilié communique à l'assureur le nouveau montant du revenu professionnel de référence susvisé pour l'année en cours. A défaut de communication du nouveau revenu professionnel, l'assureur considère que ce revenu professionnel est resté inchangé ou, si la prime pour l'année écoulée était égale à la prime maximale dans le régime de la PLCI, que ce revenu professionnel pour l'année suivante est suffisant ou a suffisamment augmenté pour justifier la nouvelle prime maximale pour l'année concernée. L'affilié assume l'entière responsabilité de toutes les conséquences de la communication tardive, incomplète ou incorrecte des données nécessaires à l'assureur.

La 'date terme' du contrat PLCI telle qu'indiquée dans le Certificat personnel renvoie à la date effective de mise à la retraite de l'affilié au sens de l'article 42, 14° de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002, à savoir la date de prise de cours effective de la pension de retraite de l'affilié relative à l'activité professionnelle qui a donné lieu à la constitution du capital-pension. La 'date terme prévue' telle qu'indiquée dans le Certificat personnel est 'l'âge de retraite' au sens de l'article 42, 15° de la loi précitée du 24 décembre 2002, qui peut être différente de la date effective de mise à la retraite précitée et donc aussi de la date à laquelle le capital-pension (voir 3.1) est versé.

Dès qu'il devient probable que l'affilié ne prendra sa pension de retraite légale qu'après la date terme prévue, telle qu'indiquée dans le Certificat personnel, il doit en informer l'assureur et lui indiquer dans quelle mesure il est encore disposé à payer des primes après la date terme prévue initiale, et jusque quand. A cette fin, l'affilié est tenu de demander à l'assureur le report de la date terme prévue. Si l'affilié d'assurance souhaite également prolonger les couvertures de risque, il s'informe préalablement auprès de l'assureur pour savoir si et sous quelles conditions et modalités (primes de risque, surprimes, formalités médicales, seuils d'âge, ...) l'assureur est disposé à accepter la prolongation des couvertures de risque concernées.

Dès lors qu'il apparaît que la date effective de mise à la retraite de l'affilié est postérieure à la date terme prévue, alors que la date terme prévue n'a pas été reportée et que le contrat n'est pas racheté, les dispositions suivantes s'appliquent, comme elles découlent d'ailleurs aussi du Certificat personnel :

- à compter de la date terme prévue, l'assureur ne réclame plus de primes;
- à compter de la date terme prévue, les modes de placement de la branche 21 (voir 2.4.1) sont, le cas échéant, modifiés comme indiqué dans la/les fiche(s) de mode de placement concernée(s);
- à compter de la date terme prévue, l'assureur ne soustrait plus de primes de risque des réserves du contrat PLCI pour l'éventuelle 'couverture décès supplémentaire' (voir 3.2.2) en vigueur jusqu'alors, ce qui implique que cette couverture prend fin automatiquement et sans aucune autre formalité à la date terme prévue, si bien que le capital-décès se limite à partir de ce moment au montant des réserves;
- à la date terme prévue, les éventuelles couvertures en cas d'incapacité de travail (voir 3.3) qui seraient encore en vigueur prennent fin automatiquement et sans aucune autre formalité (les éventuels versements ou attributions en cours dans le cadre de ces couvertures ne sont pas prolongés);
- en cas de rachat à la date terme prévue ou après la date terme prévue, l'indemnité de rachat visée au point 2.5.2.2 n'est pas appliquée.

Si la date terme prévue est reportée, le contrat PLCI se poursuit et, selon ce que prévoit à ce sujet le nouveau Certificat personnel émis à cette occasion, l'assureur continue ou non de réclamer des primes jusqu'à la nouvelle date terme prévue (ou jusqu'à une autre date convenue). Sauf s'il en a été convenu autrement et si le Certificat personnel l'indique comme tel, cette continuation du contrat PLCI jusqu'à la nouvelle date terme prévue n'implique cependant pas que l'assureur continue de soustraire les primes de risque pour la 'couverture décès supplémentaire' (voir 3.2.2) aux réserves du contrat PLCI et que cette couverture serait ainsi maintenue après la date terme prévue initiale, et n'implique pas non plus que les couvertures en cas d'incapacité de travail (voir 3.3) seraient maintenues après la date terme prévue initiale. La continuation du contrat PLCI jusqu'à la nouvelle date terme prévue n'implique pas davantage que le mode de placement appliqué jusqu'à la date terme prévue initiale se poursuive (de manière inchangée) jusqu'à la nouvelle date terme prévue. En cas de rachat entre la date terme prévue initiale et la nouvelle date terme prévue, l'indemnité de rachat visée au point 2.5.2.2 n'est pas appliquée.

Si la date effective de mise à la retraite de l'affilié était également postérieure à la nouvelle date terme prévue, les dispositions précitées s'appliquent de manière itérative.

6.3 Droits de l'affilié

Sans préjudice de l'application de restrictions légales et conventionnelles, comme celles qui découlent de la circonstance que le contrat PLCI aurait été affecté au financement d'opérations immobilières (voir ci-dessous) ou que l'attribution bénéficiaire aurait été acceptée (voir 6.4), l'affilié peut :

- modifier le(s) bénéficiaire(s) et/ou l'ordre de priorité des bénéficiaires de la couverture 'capital-décès' (voir 3.2) par un écrit (l'assureur ne tient compte de cet écrit de l'affilié que si cet écrit lui est parvenu avant qu'il n'ait procédé au paiement du capital-décès);
- résilier le contrat PLCI (voir 2.5.2.1);
- opérer le rachat du contrat PLCI (voir 2.5.2.2) sous forme de versement de la valeur de rachat dans les circonstances où la législation l'autorise (sur pied de la législation actuelle, c'est entre autres le cas à partir de la date à laquelle l'affilié atteint l'âge légal de la pension ou à partir de la date à laquelle il satisfait aux conditions pour obtenir sa pension de retraite anticipée de travailleur indépendant);
- opérer le rachat du contrat PLCI sous forme de transfert des réserves vers une autre compagnie d'assurances ou vers un autre organisme de pension où il a conclu un (autre) contrat PLCI;

- obtenir une avance sur les prestations assurées, dans les limites décrites ci-dessous;
- mettre les droits découlant du contrat PLCI en gage pour garantir un prêt ou affecter la valeur de rachat du contrat PLCI à la reconstitution d'un crédit hypothécaire, dans les limites décrites ci-dessous.

L'affilié peut faire affecter le contrat PLCI en garantie du financement de biens immobiliers, étant entendu qu'une avance, la mise en gage des droits de pension pour sûreté d'un emprunt et l'affectation de la valeur de rachat à la reconstitution d'un crédit hypothécaire (y compris une cession de droits à un tiers) ne peuvent être consenties que pour permettre à l'affilié d'acquies, de construire, d'améliorer, de restaurer ou de transformer des biens immobiliers situés dans l'Espace économique européen qui produisent des revenus imposables. En outre, les avances et les emprunts ou crédits doivent être remboursés dès que les biens précités sortent du patrimoine de l'affilié. L'affilié peut obtenir les conditions, les limitations et les modalités y relatives auprès de l'assureur. L'attention est attirée sur le fait que l'affectation du contrat PLCI au financement d'opérations immobilières peut impliquer que les réserves du contrat PLCI ne puissent être rachetées et/ou transférées par l'affilié (voir ci-dessus) et que l'assureur puisse lui-même mettre fin à des couvertures de risque avant que les réserves concernées ne soient épuisées (voir aussi 2.6.1 et 6.5).

6.4 Acceptation de la désignation bénéficiaire

Tout bénéficiaire peut accepter le bénéfice de la couverture 'capital-décès' (voir 3.2) dès avant son exigibilité, moyennant un avenant au Certificat personnel signé par lui, l'affilié et l'assureur. L'acceptation du bénéfice a, sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, entre autres pour effet que la révocation et la modification de la désignation bénéficiaire, le rachat, l'obtention d'une avance, la mise en gage des droits de pension, l'affectation de la valeur de rachat à la reconstitution d'un crédit hypothécaire et la cession des droits requièrent l'accord écrit du bénéficiaire acceptant.

6.5 Non-paiement ou cessation du paiement des primes

Dans les circonstances où il est mis fin au paiement des primes ou en cas d'arriérés de primes, et ce sans préjudice des restrictions qui peuvent découler de la circonstance que le contrat PLCI ait été affecté au financement d'opérations immobilières (voir 6.3), les primes de risque nécessaires au maintien de la couverture 'capital-décès' (voir 3.2) dans sa dernière situation assurée (montant (minimal) et période de couverture), continuent, dès la première échéance impayée, d'être soustraites des réserves (libres; voir 2.6.1) concernées du/des contrat(s) (conjoint(s)) jusqu'à épuisement de celles-ci. Après épuisement des réserves (libres), il est mis fin à la 'couverture décès supplémentaire' (voir 3.2.2), mais au plus tôt 30 jours après que l'assureur en ait informé l'affilié par lettre recommandée. Il est mis fin aux couvertures en cas d'incapacité de travail (voir 3.3) 30 jours après que l'assureur en ait informé l'affilié par lettre recommandée (voir cependant le point 3.3.4.4 ci-avant en ce qui concerne l'exonération de primes 'endogène' pour les couvertures en cas d'incapacité de travail).

6.6 Liquidation en rente viagère

Le capital-pension, le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié, ainsi que le capital-décès peuvent, après imputation des éventuel(le)s retenues légales, chargements, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), être convertis en une rente viagère sur demande écrite du/des bénéficiaire(s), mais uniquement si le montant annuel de la rente initiale pour le bénéficiaire concerné excède le seuil fixé par la loi. L'assureur se charge des éventuelles obligations légales de notification de ce droit à l'intéressé (aux intéressés).

Sans préjudice de l'application de dispositions impératives en la matière, le montant de la rente est fixé sur la base des tarifs (garantis ou non) que l'assureur applique en la matière à la date à laquelle la rente prend cours, en tenant compte d'une indexation annuelle de 2% par progression géométrique et, en ce qui concerne le capital-pension ou le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié, d'une réversibilité de cette rente. La réversibilité implique que lors du décès de l'affilié après la date à laquelle la rente a pris cours, son paiement se poursuit à titre viager à concurrence de 80% en faveur du partenaire de l'affilié défini dans le Certificat Personnel (qui était déjà son partenaire à la date à laquelle la rente initiale a pris cours). Est considérée comme partenaire, la personne avec qui l'affilié est marié et non séparé de corps et de biens ou, à défaut, la personne avec qui l'affilié 'cohabite légalement' selon les articles 1475 et suivants du Code civil ou selon une législation étrangère similaire.

En cas de demande de conversion du capital-pension, du capital-décès ou de la valeur de rachat en rente viagère comme indiqué ci-dessus, l'assureur a toutefois le droit de transférer ce capital-pension, ce capital-décès ou cette valeur de rachat à un autre organisme de pension qui prend à sa charge toutes les obligations de rente et ce, dans le respect des éventuelles dispositions impératives en la matière. En cas d'un tel transfert, l'assureur est délié de toute obligation afférente à la rente et à son versement.

6.7 Certificat personnel et fiche de pension annuelle ('relevé des droits à retraite')

L'assureur établit lors de l'entrée en vigueur et lors de toute modification du contrat PLCI un Certificat personnel (actualisé) qu'il remet à l'affilié (le dernier certificat délivré remplace toujours le précédent).

L'assureur émet aussi annuellement une 'fiche de pension' (également appelée 'relevé des droits à retraite') qu'il remet à l'affilié.

L'affilié est censé marquer intégralement son accord sur le contenu de la fiche de pension et du Certificat personnel (actualisé), sauf s'il a fait part de ses remarques par écrit à l'assureur dans les 30 jours après que le document concerné ait été délivré par l'assureur.

Si l'affilié en fait la demande, l'assureur lui remet un aperçu des réserves. L'affilié peut également consulter la situation des réserves via www.mypension.be.

6.8 Législation applicable et dispositions fiscales

Le contrat PLCI est régi par la législation belge relative aux assurances-vie individuelles et aux assurances complémentaires en général et, en ce qui concerne les couvertures 'capital-pension' et capital-décès', au régime de la PLCI en particulier. Les éventuelles autres couvertures ne relèvent pas de la législation susvisée relative au régime de la PLCI. Si l'affilié réside en dehors de la Belgique, les parties optent expressément, si la loi l'autorise ainsi, pour l'application du droit belge relatif aux assurances-vie individuelles et aux assurances complémentaires.

Le régime fiscal du contrat PLCI est synthétisé dans la 'fiche info deuxième pilier' concernant 'la pension libre complémentaire pour indépendants' qui a été communiquée à l'affilié avant la conclusion du contrat PLCI. Une version actualisée de la 'fiche info deuxième pilier', ce au cas où le régime fiscal du contrat PLCI aurait entretemps subi des modifications, peut être consultée sur www.acm.be. Pour de plus amples renseignements concernant le régime fiscal applicable, l'affilié peut s'adresser à l'assureur. La responsabilité de l'assureur ne peut cependant aucunement être engagée si certains avantages fiscaux escomptés n'étaient ou ne pouvaient être obtenus ou si une pression (para-)fiscale inattendue grevait les primes, les réserves, les valeurs représentatives des réserves, le rendement sur les réserves ou les versements.

7 DISPOSITIONS DIVERSES

7.1 Nature juridique des couvertures

Les couvertures 'capital-pension' (voir 3.1) et 'capital-décès' (voir 3.2) forment ensemble le contrat principal.

Les couvertures en cas d'incapacité de travail (voir 3.3) sont des assurances complémentaires au contrat principal. Ceci implique entre autres que :

- le preneur d'assurance a, dans ses rapports avec l'assureur, le droit de mettre fin au paiement des primes pour les assurances complémentaires à tout moment et indépendamment du sort du contrat principal;
- les dispositions des Conditions générales relatives au contrat principal s'appliquent également aux assurances complémentaires, sauf s'il y est dérogé ou si le contexte laisse apparaître qu'elles ne s'appliquent qu'au seul contrat principal;
- la résiliation ou le rachat du contrat principal entraîne de plein droit la cessation des assurances complémentaires;
- la cessation du paiement des primes pour le contrat principal implique de plein droit la cessation du paiement des primes pour les assurances complémentaires.

Les assurances complémentaires n'ont ni valeur de rachat, ni valeur de réduction ou de conversion.

7.2 Remise en vigueur

Lorsqu'il est mis fin au paiement des primes pour un contrat, le preneur d'assurance peut en demander la remise en vigueur sur demande écrite dans les trois ans. Ceci vaut également, sauf en ce qui concerne les contrats auxquels les dispositions légales en matière de remise en vigueur ne sont pas applicables, en cas de rachat, si ce n'est que dans ce cas le délai est ramené à trois mois et que les réserves rachetées doivent en outre être reversées (sans nouveaux chargements d'entrée) à l'assureur. L'assureur subordonne la remise en

vigueur des couvertures de risque à ses critères d'acceptation (voir 3.4.1). La remise en vigueur prend effet à la date mentionnée sur le nouveau Certificat personnel.

7.3 Versements

L'assureur verse les sommes dues, après imputation d'éventuel(le)s retenues légales, chargements, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), dans les 30 jours après réception d'une demande de versement, d'une proposition de versement, d'une demande de rachat ou d'une demande d'avance signée pour accord et des documents complémentaires sollicités par l'assureur. Ces documents complémentaires peuvent, entre autres, concerner une copie de la carte d'identité, des justificatifs concernant le régime fiscal à appliquer, des relevés concernant le compte bancaire du bénéficiaire, des preuves concernant le domicile (fiscal) du bénéficiaire, une preuve de vie ou de décès, etc.

7.4 Correspondance et preuve

Sauf si les dispositions qui précèdent ou si des dispositions impératives l'indiquaient autrement, toute communication à l'assureur peut se faire par lettre ordinaire. L'assureur peut, sans pour autant y être obligé, considérer comme valable toute communication effectuée par voie électronique (comme un e-mail).

Sauf si les dispositions qui précèdent ou si des dispositions impératives l'indiquaient autrement, toute communication de l'assureur à une autre partie ou à un tiers peut se faire par lettre ordinaire ou par voie électronique (comme un e-mail).

Toute communication et toute correspondance entre parties se fait valablement à la dernière adresse (de correspondance) qu'elles se sont mutuellement communiquée (voir cependant aussi le point 7.5 ci-après concernant les informations émanant d'administrations publiques).

L'envoi d'une lettre recommandée se prouve par la production du récépissé de la poste. L'existence et le contenu de tout document et de toute correspondance se prouvent par la production de l'original ou, à défaut, de sa copie dans les dossiers de l'assureur.

7.5 Communications par le preneur d'assurance, l'affilié et le bénéficiaire / données émanant d'administrations publiques

Le preneur d'assurance, l'affilié et le bénéficiaire doivent, outre les informations qu'ils doivent fournir à l'assureur en application des Conditions générales (voir, entre autres, 3.4.1 et 4.6), fournir de manière plus générale toutes les données pertinentes dans le cadre de la distribution et de la gestion du/des contrat(s) (notamment les changements d'adresse et d'état civil, données fiscales, etc.), ainsi que toutes les données nécessaires dans le cadre, notamment, de la législation anti-blanchiment (relevés d'identité du preneur d'assurance, de l'affilié et des bénéficiaires, relevés d'identité des 'ultimate beneficiary owner' (UBO) de personnes morales, de représentants et de 'personnes exposées politiquement' (PEP), informations sur les activités, ... y compris les justificatifs y afférents).

Le preneur d'assurance, l'affilié et les bénéficiaires assument l'entière responsabilité de toutes les conséquences de la communication tardive, incomplète ou incorrecte des données nécessaires à l'assureur. Ceci implique, entre autres, que si, à la suite de manquements à l'obligation d'information, l'assureur traite tardivement ou de manière inappropriée les informations reçues, ni le preneur d'assurance, ni l'affilié, ni les bénéficiaires ne peuvent se prévaloir, contre l'assureur :

- d'une couverture plus étendue ou ayant une durée plus longue que la couverture dont l'intéressé aurait bénéficié si les informations requises avaient été communiquées correctement et dans les temps;
- d'une couverture ou de la majoration d'une couverture qui serait entrée en vigueur si les informations requises avaient été communiquées correctement et dans les temps.

L'assureur est autorisé, sans autre vérification, à tenir compte de et donc de s'appuyer sur toutes données que les administrations publiques, telles que la banque de données des pensions instaurée par la loi, lui renseignent ou mettent à sa disposition (adresse, mise à la retraite de l'affilié, décès de l'affilié, etc.). Si ces données s'avéraient erronées, aucune partie et aucun tiers ne peut se prévaloir à l'encontre de l'assureur d'un quelconque préjudice qui pourrait découler du traitement de ces données erronées.

7.6 Modification des Conditions générales

L'assureur peut modifier les Conditions générales pour des raisons justifiées (par exemple dans le cadre d'une modification de la législation), dans le respect des éventuelles restrictions impératives en la matière, dans les limites de la bonne foi et sans porter atteinte aux caractéristiques essentielles du/des contrat(s). L'assureur en informe par écrit le preneur d'assurance et l'affilié et leur communique la nature et les raisons des modifications apportées, ainsi que la date à laquelle les nouvelles Conditions générales prennent effet.

7.7 Clauses illicites

Une clause éventuellement contraire à une disposition impérative n'affecte pas la validité du/des contrat(s). Cette clause est alors remplacée en fonction de la disposition impérative méconnue et sera censée avoir été établie en conformité avec cette disposition impérative, et ce dès la conclusion du/des contrat(s) ou dès l'entrée en vigueur ultérieure de cette disposition impérative.

7.8 Protection des données à caractère personnel

Dans le cadre du/des contrats, l'assureur traite des données à caractère personnel des preneurs d'assurance / assurés / bénéficiaires / ayants droit (ci-après collectivement : « Personnes Concernées ») en qualité de responsables du traitement. Les données à caractère personnel sont traitées dans le respect de la réglementation relative à la protection des données, en ce compris le Règlement UE 2016/679 du Parlement et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD).

Pour plus d'informations relatives au traitement des données à caractère personnel, il peut être renvoyé à la Déclaration concernant les données à caractère personnel, disponible sur le site web de l'assureur ([https:// www.acm.be/fr/privacy/protection-des-donnees-personnelles.html](https://www.acm.be/fr/privacy/protection-des-donnees-personnelles.html)). Pour toutes questions relatives à la présente déclaration, les Personnes Concernées peuvent prendre contact par écrit avec le Délégué à la Protection des Données de ACM Belgium Life SA via l'adresse e-mail : data-protection@acm.be ou par courrier postal : Boulevard du Roi Albert II, 2 à 1000 Bruxelles.

L'assureur traite les données à caractère personnel pour (i) établir, exécuter et mener la relation contractuelle ; (ii) fournir les produits et les services ; (iii) gérer et administrer les relations commerciales, y compris le traitement des paiements, la comptabilité, la facturation et le recouvrement, les services d'assistance ; (iv) répondre aux demandes d'information ; (v) pour mener toute activité de marketing auprès des Personnes Concernées pour autant qu'elles aient donné leur accord ; (vi) pour toute autre finalité à laquelle les Personnes Concernées ont expressément consenti. L'assureur traite les données à caractère personnel exclusivement si ce traitement se base sur l'un des fondements suivants : (i) le respect d'une obligation légale, telle que les obligations découlant de la loi relative à la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme ; (ii) l'exécution d'un contrat. Si les Personnes Concernées choisissent de ne pas partager ces données avec ACM Belgium Life SA, cela peut rendre l'exécution du contrat impossible ; (iii) les intérêts légitimes de l'assureur lorsque ces derniers l'emportent sur les intérêts des Personnes Concernées ; (iv) le consentement des Personnes Concernées. Lorsque le traitement se fonde sur le consentement des Personnes Concernées, elles ont le droit de retirer leur consentement à tout moment. Le retrait du consentement n'affecte pas la licéité du traitement déjà effectué avant le retrait. L'assureur peut se trouver dans l'obligation de continuer à traiter les données personnelles des Personnes Concernées dans la mesure requise ou autorisée par la loi.

L'assureur conserve les données à caractère personnel uniquement pendant la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont traitées. L'assureur conserve les données à caractère personnel lorsque cela est nécessaire pour faire valoir ses droits ou se défendre contre des actions en justice, jusqu'à la fin de la période de conservation concernée ou jusqu'à ce que les actions en question prennent fin. A l'issue de ce délai, L'assureur supprimera de manière définitive les données à caractère personnel concernées de sa base de données, sauf si une réglementation en vigueur lui impose de les conserver plus longtemps.

Dans le cadre des finalités reprises ci-dessus, les données à caractère personnel des Personnes Concernées, peuvent, si besoin, être transmises aux prestataires de services (notamment IT) de l'assureur, aux représentants, successeurs et repreneurs de l'assureur, aux filiales et entités du Groupe duquel l'assureur fait partie et au partenaire de distribution de l'assureur : Beobank SA. L'assureur peut également transmettre les données à caractère personnel aux autorités et instances publiques compétentes, sur simple demande et pour autant que ce soit autorisé par la législation.

L'assureur peut également autoriser que les données à caractère personnel soient traitées en dehors de l'Union européenne. L'assureur ne transfère les données à caractère personnel vers un pays tiers que si ce dernier garantit un niveau de protection équivalent à celui que s'applique dans le pays de résidence des Personnes Concernées, notamment lorsqu'une décision d'adéquation existe ou par l'utilisation des clauses contractuelles types.

Pour autant qu'une pièce d'identité valable ait été remise, les Personnes Concernées peuvent se tourner vers le service juridique de l'assureur ou le Délégué à la Protection des Données de ACM Belgium Life SA pour demander l'exercice légitime de leurs droits, à savoir, le droit d'accès aux données à caractère personnel que l'assureur détient, le droit de demander la rectification ou l'effacement des données ou la limitation du traitement, le droit à s'opposer au traitement ainsi que le droit à la portabilité des données. La demande émise par les Personnes Concernées doit être faite par écrit auprès du Délégué à la Protection des Données de ACM Belgium Life SA via l'adresse e-mail : data-protection@acm.be ou par courrier postal : Boulevard du Roi Albert II, 2 à 1000 Bruxelles. L'exercice des droits susmentionnés par les Personnes Concernées peut avoir pour conséquence que l'assureur ne pourra pas tenir ses engagements contractuels. Dans ce cas, l'assureur se réserve le droit de mettre fin au contrat d'assurance.

Pour toutes les activités de traitement de données à caractère personnel, l'assureur est soumis à la surveillance de l'Autorité de Protection des Données. Au cas où les Personnes Concernées n'auraient pas reçu de l'assureur une réponse satisfaisante à leurs demandes légitimes, elles pourront contacter l'instance précitée afin de faire valoir leurs droits, via l'adresse email : contact@apd-gba.be, ou par courrier postal : Rue de la Presse, 35 à 1000 Bruxelles.

7.9 Plaintes et litiges

Toute plainte relative au(x) contrat(s) peut être adressée à ACM Belgium Life SA, Boulevard du Roi Albert II, 2 à 1000 Bruxelles ou par e-mail à l'adresse complaints-life@acm.be.

Les plaintes sont examinées par le responsable de la gestion des plaintes auprès de ACM Belgium Life SA. Celui-ci analyse la plainte et concerte, le cas échéant, le(s) service(s) concerné(s) de ACM Belgium Life SA, ou d'éventuelles autres personnes ou services impliquées, afin de formuler une réponse équitable à la plainte.

Si la réponse du responsable de la gestion des plaintes auprès de ACM Belgium Life SA ne satisfaisait pas le plaignant, ce dernier peut également s'adresser à l'Ombudsman des Assurances (www.ombudsman-insurance.be), situé au Square de Meeûs, 35 à 1000 Bruxelles ou via email à info@ombudsman-insurance.be, sans préjudice de la possibilité d'introduire une action en justice. Tout litige entre parties au sujet de la présente police relève de la compétence des tribunaux belges.

7.10 Avertissement

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers l'assureur entraîne non seulement la résiliation ou même la nullité du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur base de l'article 496 du Code pénal.